

O *Burnout* e o *Engagement* na visão dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira

Marisa Alexandra Machado Fernandes

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por:
Professora Doutora Maria Alexandra Pacheco Ribeiro da Costa

Porto, 30 de novembro de 2016

O *Burnout* e o *Engagement* na visão dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira

Marisa Alexandra Machado Fernandes

Orientadora:

Professora Doutora Maria Alexandra Pacheco Ribeiro da Costa

Porto, 30 de novembro de 2016

Resumo

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem um passado recente e integra unidades de internamento, nomeadamente as Unidades de Cuidados Continuados. A existência destas estruturas veio colmatar a necessidade de se dar resposta a uma população cada vez mais envelhecida ou que se encontra numa situação de dependência. Apesar da investigação raramente estudar amostras de colaboradores deste tipo de organizações, estas e os seus utentes beneficiam fortemente do facto de terem colaboradores envolvidos e dedicados. O *burnout* tem sido muitas vezes analisado como resultante do stress profissional, em que o indivíduo está submetido a uma continuada exaustão física e emocional no trabalho. Este fenómeno encontra-se intimamente relacionado com o *engagement*, que é caracterizado como um estado cognitivo-afetivo positivo. O presente estudo tem como objetivo analisar os níveis de *burnout* e *engagement* dos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira e a relação destes com as variáveis demográficas e profissionais. Trata-se de um estudo misto, envolvendo 44 profissionais de saúde. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário organizado em três secções: dados demográficos e profissionais, escala *Maslach Burnout Inventory* - Profissionais de Saúde e *Utrecht Work Engagement Scale*, tendo sido triangulados com informações obtidas através de uma entrevista realizada a seis profissionais da referida unidade. Os dados quantitativos foram tratados com recurso à estatística descritiva e analítica e os qualitativos alvo de uma análise de conteúdo. Os resultados obtidos indicaram que os níveis de *burnout* nos profissionais de saúde são baixos e que os níveis de *engagement* são elevados. Constatou-se que existe uma relação estatisticamente significativa entre o *burnout* e a variável tempo de serviço. Verificou-se que não existem resultados estatisticamente significativos entre o *engagement* e as variáveis. Evidenciou-se, ainda, uma relação negativa entre os construtos *burnout* e *engagement*.

Palavras-chave: *burnout*, *engagement*, Cuidados Continuados Integrados, profissionais de saúde.

Resumen

La Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados tiene un pasado reciente e integra unidades de internamiento, especialmente las Unidades de Cuidados Continuados. La existencia de estas estructuras vino a completar la necesidad de dar respuesta a una población cada vez más envejecida o que se encuentra en una situación de dependencia. A pesar de la investigación raramente estudiar ejemplos de colaboradores de este tipo de organizaciones, éstas y sus usuarios se benefician fuertemente del hecho de tener colaboradores que se envuelven y se entregan. El *burnout* ha sido muchas veces señalado como resultante del estrés profesional, en el que el individuo está sometido a un continuado agotamiento físico y emocional en el trabajo. Este fenómeno se encuentra íntimamente relacionado con el *engagement*, que se caracteriza como un estado cognitivo-afectivo positivo. El presente estudio tiene como objetivo señalar los niveles de *burnout* y *engagement* de los profesionales de la salud de la Unidad de Cuidados Continuados de la Parroquia de Santa Eulalia de Nespereira y la relación de estos con las variables demográficas y profesionales. Se trata de un estudio mixto, envolviendo 44 profesionales de la salud. Los datos fueron recogidos a través de la aplicación de un cuestionario organizado en tres secciones: datos demográficos y profesionales, escala *Maslach Burnout Inventory* - Profesionales de la Salud y *Utrecht Work Engagement Scale*, siendo triangulado con la información obtenida a través de una entrevista de seis profesionales de la unidad. Los datos cuantitativos fueron tratados en base a la estadística descriptiva y analítica, y los cualitativos fueron objeto de un análisis de contenido. Los resultados obtenidos indicaron que los niveles de *burnout* en los profesionales de la salud son bajos y que los niveles de *engagement* son elevados. Se constató que existe una relación estadísticamente significativa entre el *burnout* y la variable tiempo de servicio. Se verificó que no existen resultados estadísticamente significativos entre el *engagement* y las variables. Se evidenció, además, una relación negativa entre los constructos *burnout* y *engagement*.

Palavras-chave: *burnout*, *engagement*, Cuidados Continuados Integrados, profesionales de la salud.

Abstract

The National Network of Integrated Long-term Care has a recent past and has international units, in particular long-term care units. The existence of these structures came to fulfill the need to respond to an increasingly aged, or in a situation of dependency, population. Despite the investigation rarely studies employees samples of this type, these organizations and their clients benefit greatly of the fact that they have dedicated and involved employees. “Burnout” has often been analyzed as a result of work-related stress, in which the individual is subjected to an ongoing physical and emotional exhaustion at work. This phenomenon is closely related to the engagement, which is characterized as a cognitive-affective positive state. The present study has as objective to analyze levels of burnout and engagement in health professionals in the long-term care unit of Santa Eulalia de Nespereira Parish, and the relationship of these with demographic and professional variables. It is a joint study, involving 44 health professionals. The data were collected through a questionnaire organized in three sections: demographic and professional data; Maslach Burnout Inventory Scale - Health Professionals and Utrecht Work Engagement Scale, having been triangulated with information obtained through an interview with six professionals of said unit. Quantitative data were treated using the descriptive and analytical statistics and qualitative were subject of a content analysis. The results indicated that the levels of burnout in health professionals are low; and engagement levels are high. It was noted that there is a statistically significant relationship between burnout and the service’s length variable. It was found that there are no statistically significant results between the engagement and the variables. It also was noticed that there was a negative relationship between burnout and engagement constructs.

Keywords: burnout, engagement, Long-Term Care, health professionals.

Dedicatória

Ao Miguel, à Eduarda, à Daniela e à Rita, por toda
a força e incentivo.

Agradecimentos

Ao Senhor Padre Américo Ribeiro, na qualidade de Presidente da Direção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, que autorizou a recolha de dados e tornou possível a realização deste estudo;

A todos os profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira que colaboraram na colheita de dados desta investigação;

À Professora Doutora Fátima Monteiro, pelo impulso inicial;

Ao Professor Doutor Hernâni Veloso Neto por me ter transmitido o gosto por esta temática;

À Professora Doutora Alexandra Ribeiro da Costa, por todo o apoio, rigor, disponibilidade, ajuda e cordialidade que evidenciou e tranquilidade que me transmitiu durante a realização deste trabalho;

À Professora Doutora Alexandra Marques Pinto, pela cedência de autorização da aplicação da versão traduzida da *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*, utilizada nesta investigação;

Ao Professor Doutor Rui Jesus por toda a colaboração e disponibilidade;

Aos meus amigos, pela ausência sentida.

Lista de abreviaturas e siglas

ANOVA - *Analysis of variance*

DP - Desvio padrão

et al - E colaboradores

F - Teste ANOVA

K - Teste Kruskal-Wallis

M - Média

MBI - PS - *Maslach Burnout Inventory* - Profissionais de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

t - Teste t de *Student*

U - Teste U de *Mann-Whitney*

UWES - *Utrecht Work Engagement Scale*

α - *Alfa de Cronbach*

ρ - Coeficiente de correlação

% - Percentagem

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
CAPÍTULO I – OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	5
1.1 – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	5
1.2 – Acesso, ingresso e mobilidade na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	7
1.2.1 – Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	8
1.2.2 – Tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	9
CAPÍTULO II – OS FENÓMENOS <i>BURNOUT</i> E <i>ENGAGEMENT</i>	12
2.1 – O <i>Burnout</i>	13
2.1.1 – Concetualizações do <i>Burnout</i>	14
2.1.2 – Dimensões do <i>Burnout</i>	16
2.1.3 – Causas do <i>Burnout</i>	17
2.1.4 – Consequências do <i>Burnout</i>	19
2.1.5 – Gestão e intervenção no <i>Burnout</i>	20
2.2 – O <i>Engagement</i>	23
2.2.1 – Dimensões do <i>Engagement</i>	24
2.3 – O <i>Burnout</i> e o <i>Engagement</i> nos profissionais de saúde	25
2.3.1 – O <i>Burnout</i> nos profissionais de saúde	26
2.3.2 – O <i>Engagement</i> nos profissionais de saúde	31
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	33
CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	34
3.1 – Modelo hipotético de investigação	34
3.2 – Objetivos	34
3.3 – Questões e Hipóteses	35
3.4 – População/amostra	36
3.5 – Procedimentos éticos na recolha de dados	37
3.6 – Instrumento de colheita de dados	37

3.7 – Tratamento estatístico e análise dos dados	40
3.8 – Caraterização da Unidade que integra o estudo	41
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS	43
4.1 – Caraterização da amostra	43
4.2 – Estatística descritiva	45
4.2.1 – Escala <i>Maslach Burnout Inventory</i> - Profissionais de Saúde	45
4.2.2 – Escala de <i>Engagement</i> no Trabalho de Utrecht	47
4.2.3 – Correlações entre as dimensões da Escala MBI - PS e UWES	49
4.3 – Estatística inferencial	51
4.3.1 – O <i>Burnout</i> e as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais.....	51
4.3.1.1 – <i>Grupo etário, Estado civil, Estabilidade de vínculo, Habilitações literárias, Tempo de serviço e Tipo de horário</i>	51
4.3.1.2 – <i>Categoria profissional</i>	52
4.3.2 – O <i>Engagement</i> e as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais.....	52
4.3.2.1 – <i>Grupo etário e Habilitações literárias</i>	53
4.3.2.2 – <i>Estado civil, Estabilidade de vínculo, Tempo de serviço e Tipo de horário</i>	53
4.3.2.3 – <i>Categoria profissional</i>	54
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DE RESULTADOS	55
CONCLUSÕES	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS	84

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Pedido de autorização para aplicação do questionário aos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira	86
Anexo II – Instrumento de colheita de dados	88
Anexo III – Guião de entrevista	94
Anexo IV – Entrevistas aos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados	98
Entrevista nº 1	99
Entrevista nº 2	103
Entrevista nº 3	108
Entrevista nº 4	112
Entrevista nº 5	116
Entrevista nº 6	120

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Relação entre as dimensões do <i>burnout</i> e <i>engagement</i>	13
Figura 2 – Modelo hipotético de investigação.....	34
Figura 3 – Visão geral da escala MBI - PS	47
Figura 4 – Visão geral da escala UWES.....	49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Fatores desencadeadores e/ou facilitadores do <i>burnout</i>	18
Tabela 2 – Dimensões e itens da MBI - PS	39
Tabela 3 – Dimensões e itens da UWES.....	40
Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sócio-demográficas	43
Tabela 5 – Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sócio-profissionais.....	44
Tabela 6 – Tipo de estabilidade do vínculo.....	44
Tabela 7 – Inversão das variáveis da dimensão realização pessoal.....	45
Tabela 8 – Estatística descritiva da Escala MBI - PS	46
Tabela 9 – Estatística descritiva das dimensões da Escala MBI - PS.....	47
Tabela 10 – Estatística descritiva da Escala UWES.....	48
Tabela 11 – Estatística descritiva das dimensões da Escala UWES	49
Tabela 12 – Correlações de <i>Spearman</i> entre as dimensões das escalas MBI - PS e UWES	50
Tabela 13 – Análise descritiva do score de <i>burnout</i> (média) e as variáveis.....	51
Tabela 14 – Análise descritiva do score de <i>engagement</i> (média) e as variáveis.....	53
Tabela 15 – Quadro-Síntese dos motivos que justificam os níveis baixos de <i>burnout</i> da equipa	57
Tabela 16 – Quadro-Síntese dos motivos que justificam os níveis elevados de <i>engagement</i> da equipa.....	61
Tabela 17 – Síntese dos motivos de relação/não relação do <i>burnout</i> vs variáveis.....	68
Tabela 18 – Síntese dos motivos de relação/não relação do <i>engagement</i> vs variáveis	72

INTRODUÇÃO

As organizações surgem da necessidade sentida pelo Homem em agregar esforços e recursos com vista à concretização de determinados objetivos, pelo que em conjunto, e num efeito sinérgico, as pessoas entenderam que conseguiriam, de forma mais eficaz e eficiente, usar os recursos ao seu alcance para atingir os fins a que se propunham (Sotomayor, Rodrigues, & Duarte, 2014). O trabalho é uma atividade que pode ocupar grande parte do tempo de cada indivíduo isoladamente ou em sociedade (Trigo, Teng, & Hallak, 2007).

A saúde e a segurança no trabalho englobam o bem-estar social, mental e físico dos trabalhadores, independentemente da sua profissão e, por sua vez, as condições de trabalho deficientes têm o potencial de afetar a saúde e a segurança de um trabalhador (Organização Internacional do Trabalho, 2009).

Os fatores psicossociais são já reconhecidos como um problema de ordem mundial, que afetam todos os países, todas as profissões e todos os trabalhadores (Organização Internacional do Trabalho, 2010). Os riscos psicossociais do trabalho representam a probabilidade de ocorrerem efeitos negativos para a saúde mental, física e social dos trabalhadores, gerados por condições de emprego, fatores organizacionais e relacionais que podem interagir com o funcionamento mental e bem-estar dos trabalhadores (Neto, 2015).

É evidente, em Portugal, a grande frequência de trabalhos com perfil psicossocial menos favorável: um em cada três trabalhadores reporta um trabalho de elevada exigência, sendo este considerado uma dimensão básica de realização de todo o ser humano, podendo significar uma vocação, um negócio ou simplesmente um ordenado, no entanto é encarado como um modo fundamental de afirmação do indivíduo (Monjardino, Amaro, Batista, & Norton, 2016).

O empregador deve assegurar, ao trabalhador, condições de segurança e de saúde em todos os aspetos do seu trabalho, de forma a que as exposições aos agentes químicos, físicos, biológicos e fatores psicossociais não constituam risco para a sua segurança e saúde (Lei n.º 102/2009).

Os profissionais de saúde são pessoas com motivação e vocação para ajudar os outros, no entanto apresentam elevado stresse provocado pelo trabalho, dado que lidam com o sofrimento de terceiros. A literatura recente tem investigado os níveis de stresse no trabalho, sobretudo quando este já se transforma no fenómeno *burnout*, bem como os níveis de bem-estar dos profissionais de saúde (Silva, Queirós, Cameira, Vara, & Galvão, 2015).

O *burnout* é reconhecido como um risco ocupacional para profissões que envolvem cuidados com saúde, educação e serviços humanos (Trigo et al., 2007). É um fenómeno diretamente relacionado com o contexto laboral onde existe contacto direto dos trabalhadores com o público, sendo caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e falta de realização pessoal, podendo originar consequências físicas, psíquicas e comportamentais, bem como o absentismo e o afastamento do trabalhador (França, Oliveira, Lima, Melo, & Silva, 2014).

O *engagement*, por seu lado, é um fenómeno caracterizado por um compromisso, um estado psicológico, em que os colaboradores de uma organização sentem um interesse pessoal pelo seu sucesso e, simultaneamente, têm um desempenho enérgico traduzido pela excelência (Araújo & Esteves, 2016).

Dado o impacto do envelhecimento da população na atualidade, da mudança do perfil das patologias, das situações de dependência e de fragilidade com alta necessidade de apoio social e familiar e a mudança estrutural das famílias, verificou-se a necessidade de encontrar novos tipos de organização de cuidados de saúde e sociais (Nogueira, 2009) surgindo, assim, as Unidades de Cuidados Continuados, organizações que trabalham articuladamente aspetos de saúde e apoio social, cuja atividade é assegurada por profissionais de diferentes categorias profissionais.

A realização do presente trabalho decorreu na sequência de um trabalho realizado no âmbito da Pós-Graduação em Enfermagem do Trabalho, cujo tema foi a “Análise de riscos psicossociais do trabalho aos Enfermeiros da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira: stress em termos de ritmo e dificuldade de trabalho”. Dadas as conclusões relativas ao nível de risco e consequentes níveis de intervenção dos fatores estudados, pensou-se que seria uma mais valia o estudo de outros fatores relevantes para estes profissionais e para a restante equipa multidisciplinar. A organização escolhida para a realização da presente investigação foi a organização supracitada, mais concretamente ao nível da Unidade de Cuidados Continuados que integra, isto é, a Unidade de Longa Duração e Manutenção. O público-alvo do estudo correspondeu a profissionais de saúde do serviço de internamento referido, das várias categorias profissionais, que aí exercem a sua atividade profissional.

Dado que os Cuidados Continuados Integrados surgem como uma resposta que visa satisfazer o incremento das necessidades da população, ao nível da sua dependência funcional, de patologias crónicas múltiplas e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (Decreto-Lei n.º 101/2006), o risco de um profissional de saúde desenvolver doenças relacionadas com o trabalho é cerca de 1,5 vezes maior do que o risco dos trabalhadores de outras áreas profissionais (Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP., 2010).

Atendendo a este maior risco e considerando, por um lado, a grande preponderância de situações de *burnout* nos profissionais de saúde e, por outro, o impacto positivo de estes serem profissionais envolvidos com o seu trabalho, consideramos importante o conhecimento dos níveis destes fenómenos com o intuito de minimizar os efeitos e a dificuldade de tratamento e contribuição para a qualidade de vida destes profissionais (Pereira & Antoniassi, 2014).

A análise das relações trabalho-saúde e trabalho-doença encontram-se francamente documentadas na literatura psicossociológica das organizações, porém tal não é sinónimo de que se atingiu o conhecimento teórico e empírico necessário (Alves, Ramos, & Fugas, 2015). Segundo a pesquisa bibliográfica realizada, apesar dos vários estudos existentes sobre a temática do *burnout*, constatou-se que são escassos os existentes ao nível do *engagement* e ainda mais ao nível do setor dos Cuidados Continuados.

Este trabalho teve, assim, como objetivo avaliar a percepção dos profissionais de saúde do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira sobre o *burnout* e o *engagement*. Mais especificamente pretendeu-se: avaliar os níveis de *burnout* e *engagement* nos profissionais de saúde desta organização; analisar a relação entre *burnout* e *engagement* nestes profissionais de saúde e avaliar a existência de relação entre as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais e os níveis de *burnout* e *engagement*.

Para a realização da presente investigação começou por se definir a temática a investigar, dado o intuito do alargamento do estudo dos fatores de risco psicossociais a toda a equipa de profissionais da Unidade de Cuidados Continuados, conforme explanado anteriormente. Foram, portanto, definidos os fenómenos *burnout* e *engagement*. Foi feita uma revisão bibliográfica sobre estas temáticas, no âmbito dos Cuidados Continuados, onde se concluiu ser uma área pouco explorada, estando estas temáticas maioritariamente direcionadas para profissionais que integram serviços hospitalares e sobretudo ao nível do *burnout*. Seguidamente, e de forma mais aprofundada, realizou-se uma pesquisa com o intuito de determinar o estado da arte desses construtos.

O estudo empírico foi operacionalizado por meio do preenchimento de um inquérito por questionário para recolha e consequente tratamento de dados, apresentando-se os resultados, analisando-os e retirando as respetivas conclusões. Foi ainda realizada uma entrevista a um grupo mais restrito de colaboradores da organização e a respetiva análise de conteúdo.

A presente dissertação encontra-se dividida em duas partes fundamentais: a Parte I diz respeito ao enquadramento teórico, e a Parte II é referente ao estudo empírico, contemplando a metodologia, a apresentação e análise de resultados, a discussão dos mesmos e respetivas conclusões.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I – OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

1.1 – A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A temática dos Cuidados Continuados requer atenção por parte das organizações nacionais e internacionais. O desenvolvimento a nível internacional deste tipo de cuidados tem como objetivo estratégico a existência de respostas mais adequadas às necessidades da população, bem como prestar melhores serviços de apoio continuado a pessoas que se encontrem em situação de maior fragilidade, doença crónica e ainda servir de apoio à recuperação do período pós-internamento hospitalar (Nogueira, 2009). O mesmo autor refere que é ainda seu objetivo aumentar a reabilitação integral do indivíduo e promover a sua autonomia. A nível global, reabilitar e reinserir, a par das políticas de envelhecimento ativo, são os desafios que se colocam no presente (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

O efeito acumulado da diminuição da taxa de mortalidade e de natalidade em Portugal tem-se traduzido no progressivo envelhecimento da população. Apesar de se verificar uma melhoria do nível de saúde dos Portugueses, verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Neste sentido, e corroborando com a necessidade que se verifica a nível internacional, foi imperatória a necessidade de se definir uma estratégia para o desenvolvimento progressivo de um conjunto de serviços adequados, nos âmbitos da Saúde e da Segurança Social, que respondessem à crescente necessidade de cuidados destes grupos da população, articulando-os com os serviços de saúde e sociais já existentes (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

O perfil de utentes da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem demonstrado uma população envelhecida, maioritariamente feminina, com baixo nível de escolaridade, carenciada e com elevado grau de dependência e incapacidade (Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2015).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, com o intuito de promover um novo nível de cuidados, de âmbito multidisciplinar (Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2013). Foi criada em 2006, como resposta a uma população envelhecida e portadora de patologias crónicas múltiplas (Direção-Geral da Saúde, 2015), e às novas necessidades sociais e de saúde decorrentes do aumento crescente da esperança média de vida e do consequente aumento do envelhecimento da população, da prevalência continuada de situações de cronicidade múltipla, de incapacidade, de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida e das alterações na organização e dinâmicas familiares com o isolamento dos idosos (Lopes et al., 2010). Resulta duma parceria

entre os Ministérios do Trabalho e Solidariedade Social e o Ministério da Saúde e vários prestadores de cuidados de Saúde e de Apoio Social (Instituto da Segurança Social, I.P., 2014).

Os Cuidados Continuados Integrados podem ser definidos como um conjunto de intervenções de saúde e/ou apoio social, que se centram na recuperação global do indivíduo, entendido como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a sua autonomia, melhorando a funcionalidade em caso de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009a).

Esta rede de cuidados pauta-se por realizar uma abordagem centrada na pessoa, operacionalizada através de um plano individual de intervenção, documentado e fruto do trabalho de uma equipa multidisciplinar (idem).

A Rede definiu a sua constituição através de um modelo de respostas diversificadas com a participação de diferentes tipos de prestadores: instituições públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social, a pessoas em situação de dependência, tanto no domicílio como em instalações próprias (Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2013; Instituto da Segurança Social, I.P., 2014). As instalações para prestação de cuidados, construídas especificamente para o efeito, ou adaptando edifícios já existentes, denominam-se de Unidades, as quais estão presentes em todo o território continental, com as tipologias de cuidados domiciliários e as unidades de internamento (Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2013).

Objetivos

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados apresenta os seguintes objetivos: apoiar os familiares ou cuidadores informais, para o processo de capacitação de continuidade de cuidados; garantir a referenciação e mobilidade adequadas dos utentes para e nas diferentes respostas da Rede; melhorar continuamente a qualidade da Rede; integrar a oferta de cuidados tendo em conta a contribuição do sistema de Segurança Social; prevenir lacunas nas necessidades das pessoas, em serviços e equipamentos das diferentes respostas (Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2013).

Para além dos objetivos enunciados, considera-se a implementação da Rede com a seguinte pertinência: diminuir a demora média de internamento em unidades hospitalares de agudos, diminuir a taxa média de ocupação de camas hospitalares, reduzir o número de internamentos e reinternamentos em pessoas em situação de dependência e reduzir os custos das unidades hospitalares de agudos (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009b).

Missão, visão e valores

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados tem como **missão** garantir a prestação de cuidados de saúde e/ou apoio social adequados, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência (Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2013). O estado de dependência é entendido como a situação em que a pessoa não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diárias, decorrente de falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-trauma, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009a).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados apresenta como **visão**: implementar um nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social, entre os de origem comunitária e os de internamento hospitalar, por meio de um modelo integrado da saúde e segurança social, envolvendo a sociedade civil, os parceiros sociais e o Estado (Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2013).

Segundo a mesma fonte, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados pauta-se pelos seguintes **valores**: prestação individualizada/humanizada de cuidados; continuidade de cuidados entre as respostas da Rede; equidade no acesso e mobilidade entre as diferentes respostas da Rede; interdisciplinaridade e multidisciplinaridade na prestação de cuidados; promoção, recuperação ou manutenção da funcionalidade e autonomia; participação da pessoa e dos seus cuidadores informais na elaboração do plano individual de intervenção; participação e corresponsabilização da família e/ou dos cuidadores na prestação dos cuidados.

Recursos humanos

As orientações emanadas pela legislação, relativas aos recursos humanos presentes nas Unidades de Longa Duração e Manutenção, para uma lotação de 30 camas/lugares, são a existência das seguintes categorias profissionais: médico (incluindo médico fisiatra), psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, animador sócio-cultural, nutricionista, terapeuta ocupacional e pessoal auxiliar (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

1.2 – Acesso, ingresso e mobilidade na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Os utentes ingressam na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados depois de efetuada uma proposta pelos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários ou Hospitais (Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2013). Mediante a análise da proposta de ingresso do utente na Rede, a Equipa Coordenadora Local, em articulação com a Equipa Coordenadora Regional,

decide sobre a situação referenciada, identifica e providencia o melhor recurso da Rede que responda às necessidades do utente/família, verificando o cumprimento dos critérios de referenciação (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007). De acordo com a mesma fonte, a referenciação é acompanhada da descrição da situação clínica do utente em causa, nomeadamente pela avaliação médica, de enfermagem e social e dos objetivos para a intervenção centrada na pessoa e o utente ou o seu representante legal deverá dar o seu prévio consentimento, por escrito.

As pessoas que reúnem critérios para ingressar na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados são: independentemente da sua idade, as pessoas que se encontrem em situação de dependência funcional temporária (recuperação de doença ou cirurgia) ou prolongada; idosos com critérios de fragilidade (dependência e doença); pessoas com incapacidade grave, com forte impacto psicológico ou social; e pessoas com doença em fase avançada ou terminal (Instituto da Segurança Social, I.P., 2014).

São critérios de exclusão de ingresso na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: episódio de doença em fase aguda que requeira internamento, necessidade exclusiva de apoio social e necessidade de internamento para estudo diagnóstico (Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007).

Dentro da própria Rede pode haver a mobilidade do utente, sendo esta promovida pelos responsáveis das unidades ou equipas, com o objetivo de integrar a pessoa na unidade ou equipa da Rede mais adequada ao seu estado de saúde no momento, com vista a atingir a melhoria ou recuperação clínica, ganhos visíveis na autonomia ou bem-estar e na qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

1.2.1 – Coordenação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Ao nível de coordenação, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados assenta num modelo de intervenção integrada e articulada, e é coordenada a nível nacional, regional (Equipa Coordenadora Regional) e local (Equipa Coordenadora Local) (Despacho n.º 19040/2006).

A nível nacional, a coordenação da Rede é definida em termos de constituição e competências, por despacho conjunto dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006, a Equipa Coordenadora Regional articula com a coordenação ao nível nacional e local e assegura o planeamento, a gestão, o controlo e a avaliação da Rede. É uma equipa multidisciplinar, de âmbito regional, que garante a equidade no acesso e promove condições para assegurar padrões de qualidade de funcionamento e dos cuidados prestados pelas equipas e unidades da Rede (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009a).

A Equipa Coordenadora Local articula com a coordenação a nível regional e assegura o acompanhamento e a avaliação da Rede a nível local (Decreto-Lei n.º 101/2006). Apresenta as seguintes funções: assegurar a articulação com as unidades e equipas da Rede ao nível local; assumir os fluxos de referência de utentes para a Rede, mantendo informada a Equipa Coordenadora Regional, diariamente, sobre o ingresso e mobilidade dos utentes; analisar a proposta de admissão do utente na Rede, determinando ou não a admissão numa das unidades ou equipas da Rede; garantir, após prévia autorização da Equipa Coordenadora Regional, a continuidade de cuidados do utente na respetiva unidade ou equipa onde está integrado quando é excedido o período de internamento máximo; assegurar a preparação da alta do utente (Despacho n.º 19040/2006).

1.2.2 – Tipologias da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A prestação de cuidados de saúde e de apoio social, assegurada pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e tendo em conta os critérios acima expostos de acesso e ingresso na Rede e o papel das equipas coordenadoras, realiza-se através de quatro tipos de resposta: unidades de ambulatório, equipas hospitalares, equipas domiciliárias e unidades de internamento (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009b).

Unidades de Ambulatório

As Unidades de Ambulatório, mais concretamente a Unidade de Dia e Promoção de Autonomia foi definida para pessoas que apresentem diferentes graus de dependência, que necessitem de cuidados integrados de saúde e apoio social e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio e que possam deslocar-se para receber os cuidados (Decreto-Lei n.º 101/2006). Estas unidades ainda não existem (Instituto da Segurança Social, I.P., 2014).

Equipas hospitalares

As equipas hospitalares incluem a Equipa de Gestão de Altas e a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. A Equipa de Gestão de Altas é uma equipa hospitalar multidisciplinar (médico, enfermeiro e assistente social), sediada em hospital de agudos, cuja atividade consiste na preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os utentes que requerem suporte de continuidade dos seus problemas de saúde e sociais, quer em regime de internamento, quer em regime de ambulatório (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

A Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos é uma equipa multidisciplinar do hospital de agudos (médico, enfermeiro e psicólogo), com formação em cuidados paliativos, que tem como desígnio prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos serviços do

hospital, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção aos utentes internados em estado avançado ou terminal, para os quais seja solicitada a sua atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Equipas domiciliárias

As equipas domiciliárias incluem as Equipas de Cuidados Continuados Integrados e a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos. A Equipa de Cuidados Continuados Integrados é uma equipa multidisciplinar, que atua por intermédio dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Ordem dos Enfermeiros, 2009). A mesma fonte refere ainda que a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos deve integrar, no mínimo, um médico e um enfermeiro, encontra-se sob a responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos e tem como objetivo prestar apoio e aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos às equipas de cuidados integrados e às Unidades de Média Duração e Reabilitação e de Longa Duração e Manutenção.

Unidades de Internamento

Mediante o período previsto de internamento dos utentes foram criadas as seguintes tipologias: Unidade de Convalescença, Unidade de Média Duração e Reabilitação, Unidade de Longa Duração e Manutenção e Unidade de Cuidados Paliativos (Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., 2013).

As *Unidades de Convalescença*, para internamento até 30 dias, dão resposta a pessoas que, após um período de internamento hospitalar, por doença súbita ou agravamento duma doença ou deficiência crónica, requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, complexidade ou duração, não possam ser prestados no domicílio (Instituto da Segurança Social, I.P., 2014). Asseguram cuidados médicos e de enfermagem permanentes, exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos, prescrição e administração de medicamentos, cuidados de fisioterapia, apoio psicológico e social, convívio e lazer (Decreto-Lei n.º 101/2006).

As *Unidades de Média Duração e Reabilitação*, para internamento entre 30 a 90 dias, admitem pessoas que perderam temporariamente a sua autonomia, mas que podem recuperá-la e que necessitem de cuidados de saúde, apoio social e reabilitação que, pela sua frequência ou duração, não podem ser prestados no domicílio (Instituto da Segurança Social, I.P., 2014). Asseguram cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia, terapia ocupacional, apoio psicossocial, prescrição e administração de medicamentos e convívio e lazer (Decreto-Lei n.º 101/2006).

As Unidades de Longa Duração e Manutenção, para internamentos superiores a 90 dias, prestam cuidados a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes graus de dependência, que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio ou na instituição ou estabelecimento onde residem, com o intuito de prevenir ou retardar o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida. Esta tipologia pode ainda ser beneficiada para descanso do cuidador principal do doente, num máximo de 90 dias por ano (Instituto da Segurança Social, I.P., 2014). Assegura cuidados de enfermagem permanentes, cuidados médicos, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional, apoio psicossocial, atividades de manutenção e estimulação, animação sócio-cultural e prescrição e administração de medicamentos (Decreto-Lei n.º 101/2006).

As Unidades de Cuidados Paliativos dão resposta a pessoas em situação clínica complexa e de sofrimento, devido a uma doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, não havendo tempo limite máximo de internamento (Instituto da Segurança Social, I.P., 2014). Assegura cuidados de enfermagem permanentes, cuidados médicos diários, exames complementares de diagnóstico laboratoriais e radiológicos, cuidados de fisioterapia, apoio psicossocial e espiritual, prescrição e administração de medicamentos e convívio e lazer (Decreto-Lei n.º 101/2006).

CAPÍTULO II – OS FENÓMENOS *BURNOUT* E *ENGAGEMENT*

O estudo das pessoas constitui a unidade básica das organizações, pelo que a sua análise deve ser realizada em duas vertentes: a análise das pessoas como pessoas e a análise das pessoas como recursos. Na vertente nomeada de pessoas, as pessoas devem ser encaradas como alguém dotado de características próprias de personalidade e individualidade, aspirações, valores, atitudes, motivações e objetivos individuais, e enquanto vertente recursos, as pessoas analisadas sob o ponto de vista das suas habilidades, capacidades, destrezas e conhecimentos necessários para o desempenho da sua função na organização (Chiavenato, 2004). Não são apenas as condições físicas do trabalho que devem ser valorizadas numa organização; as condições sociais e psicológicas também fazem parte de um ambiente de trabalho saudável (idem).

Atualmente conhece-se que as estratégias para aumento da produtividade e da qualidade dos serviços por parte das organizações podem resultar em consequências sérias para a saúde dos trabalhadores, anulando-os como sujeito e cidadão e sendo responsáveis pelo aumento de algumas patologias corporais e mentais da atualidade, como é o caso da síndrome de *burnout* (França et al., 2014).

O Inquérito Europeu das Condições do Trabalho de 2010 evidencia a relação entre a organização do trabalho e a intensidade do trabalho com a saúde e bem-estar dos trabalhadores, tornando claro que o aumento da carga e da intensidade do trabalho são suscetíveis de ter um impacto negativo sobre os estados de saúde e bem-estar dos trabalhadores (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2012).

O *burnout* foi estudado não somente como uma resposta ao stresse individual, mas em termos de construto relacionado com as ocorrências no local de trabalho (Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2008). Por outro lado, indivíduos *engaged* com o seu trabalho são mais capazes de lidar com os desafios que encontram e, portanto, mais propensos a se recuperar do stresse, pelo que, construir uma força humana *engaged*, antes que surjam grandes problemas, poderá ser uma estratégia de prevenção do *burnout* (Maslach, 2011).

Bakker, Emmerik, e Euwema (2006) defendem que existem duas perspetivas diferentes sobre a relação entre o *burnout* e o *engagement* no trabalho, apoiados nos estudos de Maslach e Leiter (1997) e Schaufeli e Bakker (2004). Por um lado, o *burnout* e o *engagement* são dois pólos opostos de um único construto, isto é, o *burnout* é uma erosão do *engagement* no trabalho, tendo em conta que a energia se transforma em exaustão, o envolvimento se transforma em cinismo e a eficácia se transforma em ineficácia (Maslach & Leiter, 1997). Por outro lado, em vez de serem considerados construtos interligados, o *burnout* e o *engagement* são considerados independentes, e negativamente, mas não perfeitamente relacionados, pelo que a sua avaliação deve ser feita medindo o *burnout* e o *engagement* de forma independente, isto é, usando diferentes instrumentos (Schaufeli & Bakker, 2004). Estas duas perspetivas cruzadas, implicam que quando se evidenciam

baixos níveis de *burnout* no trabalho, não se pode concluir implicitamente que os níveis de *engagement* serão elevados, facto que leva os autores a considerar o estudo de cada um dos construtos em particular e perceber posteriormente se existe relação entre eles (Bakker et al., 2006). A maioria das equipas de trabalho será composta de membros com elevados níveis de *burnout* e, por outro lado, por membros que estão altamente envolvidos no seu trabalho (idem).

As três dimensões do *burnout* (exaustão emocional, despersonalização/cinismo e perda de realização pessoal) estão negativamente correlacionadas com as três dimensões do *engagement* (vigor, dedicação e absorção) (Schaufeli & Bakker, 2004). Consequentemente, o vigor e a dedicação são considerados opostos diretos da exaustão e da despersonalização, respetivamente, conforme evidenciado na Figura 1. A relação medida pelo vigor e exaustão tem sido rotulada de energia, enquanto que a relação entre a dedicação e a despersonalização tem sido nomeada de identificação (Schaufeli & Salanova, 2007).

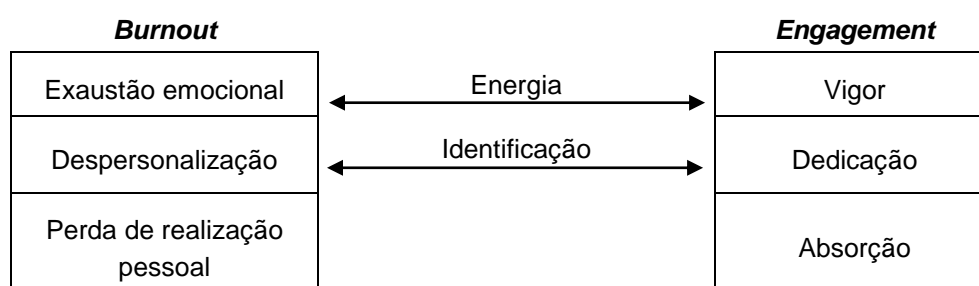


Figura 1 - Relação entre as dimensões do *burnout* e *engagement*

Fonte: Adaptado de Schaufeli e Salanova (2007, p.141)

Young, Duff, e Stanney (2016) defendem que a energia é o “combustível” que os colaboradores devem aproveitar no seu interior para exercer o seu trabalho diariamente, conferindo mais valias a nível mental, emocional e físico.

2.1 – O *Burnout*

Em 2014, a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho definiu, nas suas prioridades para a segurança e saúde ocupacional 2013-2017, entre outros temas, o estudo dos riscos psicossociais e o stresse relacionado com o trabalho, incluindo neste o *burnout* como resposta aos fatores de stresse crónico (Neto, Areosa, & Arezes, 2014).

Estudos realizados no continente Americano indicam que o *burnout* constitui um grande problema psicossocial na atualidade, despertando interesse e preocupação por parte da comunidade científica internacional norte-americana e europeia, devido às suas consequências individuais e coletivas (Silva et al., 2015).

O *burnout* tem sido uma questão de preocupação social ao longo dos tempos, dado que implica uma deterioração da relação fundamental que existe entre as pessoas e o seu trabalho, pois pode levar a sérios problemas no desempenho profissional e bem-estar pessoal (Maslach & Leiter, 2014b). Estes autores consideram, portanto, que deve manter-se a investigação na pesquisa do *burnout*, nomeadamente ao nível de grupos de pessoas, de forma a compreender as causas deste esgotamento e o desenvolvimento de soluções eficazes no seu combate.

2.1.1 – Concetualizações do *Burnout*

As intensas transformações no seio das organizações, decorrentes da supervalorização do capital financeiro, iniciadas na década de setenta, provocaram, nas organizações, mudanças significativas, tais como a diminuição da autonomia profissional, sobrecarga de trabalho e crescimento da lógica individualista em detrimento do sentimento de coletividade, além de impactos físicos ou psíquicos para a saúde do trabalhador (Sousa, Lima, Fernandes, Carvalho, & Araújo, 2016).

Associada a elevados custos organizacionais, a síndrome de *burnout* vem sendo investigada em diversos países, sendo considerada um problema da atualidade (Sousa et al., 2016), de grande relevância (Carlotto & Câmara, 2008) e até mesmo de saúde pública (Carlotto, 2011).

O conceito de *burnout* tem sido alvo de inúmeros artigos científicos, livros e de apresentações em congressos de psicologia, psiquiatria e educação médica, tornando-se, assim, um conceito praticamente inquestionável (Millan, 2007). É uma síndrome que afeta a qualidade de vida da pessoa e a sua produtividade no trabalho (Metz, Unal, & Bilen, 2014).

O termo *burnout*, deriva do verbo inglês *to burn out* cuja tradução para a língua portuguesa significa “queimar por completo”, “queimar até à exaustão” ou “consumir-se” (França et al., 2014; Perlman & Hartman, 1981). Outros autores descrevem este fenómeno como combustão mental (Sousa et al., 2016). Silva et al. (2015) consideram que o termo *burnout* deriva de uma composição a partir de *burn* (queima) e *out* (exterior), sugerindo que a pessoa com esse tipo de fenómeno apresenta problemas físicos e emocionais.

O termo *burnout* foi inicialmente utilizado em 1953 numa publicação de estudo de caso de Schwartz e Will, conhecido como ‘Miss Jones’, onde é descrita a problemática de uma enfermeira psiquiátrica desiludida com o seu trabalho. Em 1960, outra publicação foi realizada por Graham Greene, denominada de ‘*A burn Out Case*’, sendo descrito o caso de um arquiteto que abandonou a sua profissão devido a sentimentos de desilusão com a profissão. Os sintomas e sentimentos descritos pelos dois profissionais atrás referidos são os que se conhecem hoje como *burnout* (Carlotto & Câmara, 2008).

O termo *burnout* foi ainda proposto pelo professor e psicanalista americano, de origem alemã, Herbert Freudenberger, depois de o constatar em si mesmo e em colegas a trabalhar no *free-clinic movement* (Carlotto & Câmara, 2008; Perlman & Hartman, 1981; Silva et al., 2015), descrevendo-o

como um sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia e recursos internos (França et al., 2014).

No entanto, foi somente em meados dos anos 70 que o fenómeno *burnout* chamou a atenção do público e da comunidade académica americana (Carlotto & Câmara, 2008). A partir de meados de 1976, os estudos adquiriram um carácter científico sobre esta temática, período no qual foram construídos modelos teóricos e instrumentos capazes de registar e compreender este sentimento crónico de desânimo, apatia e despersonalização (Carlotto & Câmara, 2008).

No âmbito da Psicologia Social, Christina Maslach, psicóloga, no ano de 1976, utilizou o termo *burnout* para explicar o processo de deterioração nos cuidados aos utentes de organizações prestadoras de serviços (Moura, Pereira, Monteiro, Pires, & Rodrigues, 2015). Investigadora da Universidade da Califórnia, Maslach foi quem entendeu primeiramente, através de estudos com profissionais de serviços sociais e de saúde, que as pessoas com *burnout* apresentavam atitudes negativas e de distanciamento pessoal (Carlotto & Câmara, 2008).

Segundo Mete et al. (2014), Maslach elaborou a definição mais unânime de *burnout*. De acordo com a autora, o *burnout* é uma síndrome expressa por uma sensação de exaustão emocional, dessensibilização e baixo sucesso, percecionada por qualquer pessoa ligada ao trabalho. Mais ainda, o *burnout* é uma reação desenvolvida contra uma tensão emocional crónica decorrente do contacto com outras pessoas, pelo que por essa razão pode ser considerada um tipo de stresse no trabalho. No entanto, a diferença é que o *burnout* é originário duma interação social, entre quem ajuda e entre quem é ajudado.

Os profissionais que se encontram mais propensos ao desenvolvimento do *burnout* são os profissionais que se dedicam primariamente ao cuidado do outro, são os que maioritariamente desenvolvem a sua atividade laboral no contacto direto com outras pessoas (Gil-Monte, 2009; Maslach & Goldberg, 1999; Maslach, Jackson, & Leiter, 1996; Silva, Loureiro, & Peres, 2008; Silva et al., 2015).

O *burnout*, relacionado única e exclusivamente com o desempenho da atividade laboral, é um termo psicológico para a resposta negativa ao stresse crónico, gerada a partir do contacto direto, excessivo e stressante com o ambiente de trabalho (Gil-Monte, 2009; Maslach et al., 2008; Okwaraji & En, 2014; Plieger, Melchers, Montag, Meermann, & Reuter, 2015; Rezende, Borges, & Frota, 2012).

A síndrome de *burnout* evidencia que os trabalhadores parecem desligados do seu trabalho, tudo parece ficar sem sentido, nomeadamente qualquer esforço ou atividade, o indivíduo começa a desenvolver uma ideia de fracasso profissional, a vivência de encontrar-se emocionalmente esgotado e a adotar atitudes negativas perante as pessoas com as quais trabalha (Gil-Monte & Peiró, 1999; Raftopoulos, Charalambous, & Talias, 2012). É um processo subtil, em que o indivíduo é tomado por um estado de fadiga mental e é-lhe removida toda a energia (Espeland, 2006).

Gil-Monte e Peiró (1999) são da opinião que, dado que a síndrome de *burnout* se desenrola em profissionais que prestam função assistencial ou social, a deterioração da sua qualidade de vida laboral tem repercussões sobre a sociedade em geral.

Pode entender-se como um desfecho trágico para os profissionais que entraram no trabalho com expectativas positivas, entusiasmados e com dedicação, tendo em vista ajudar pessoas (Maslach & Goldberg, 1999).

2.1.2 – Dimensões do *Burnout*

No *burnout*, entendido como uma resposta prolongada ao stresse emocional e interpessoal crónico no trabalho, as pessoas sentem-se infelizes e insatisfeitas com o seu desenvolvimento profissional e decorrem num declínio de competência e êxito no trabalho, em que gradualmente a pessoa começa a perder o significado e o fascínio pelo trabalho, dando lugar a sentimentos de aborrecimento e falta de realização (Carlotto, 2011).

Este fenómeno é explicado por três componentes: exaustão emocional, despersonalização e redução da produtividade laboral (Freudenberger, 1974). Maslach, Schaufeli, e Leiter (2001) nomeiam-nas de exaustão, cinismo e ineficácia. Já para Silva et al. (2015), as dimensões tomam a designação de esgotamento emocional, despersonificação e baixa realização pessoal.

De acordo com Maslach et al. (1996), o *burnout* decompõe-se em três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional, cuja nomenclatura será a utilizada no presente estudo.

A **exaustão emocional** refere-se a uma exaustão mental decorrente de interações contínuas com os colegas de trabalho e clientes (Vargas, Canãdas, Aguayo, Fernández, & Fuente, 2014); é a sensação de falta de energia desencadeada pelo esgotamento mental e físico (Almeida, Medeiros, Barros, Martins, & Santos, 2016); caracteriza-se por uma falta ou diminuição de energia, entusiasmo e um sentimento de esgotamento de recursos (Carlotto, 2011; Sá, Martins-Silva, & Funchal, 2014), com dificuldade em enfrentar mais um dia de trabalho e queixando-se frequentemente de estar sobrecarregado (Sá et al., 2014). A exaustão refere-se à pressão emocional do ambiente de trabalho, impedindo o trabalhador de interagir e atender às necessidades do cliente (Maslach et al., 2001), conduzindo à falta de entusiasmo, frustração, tensão e fadiga (Silva et al., 2015).

A **despersonalização** remete para o desenvolvimento de atitudes negativas e cínicas em relação ao trabalho e às pessoas com quem se contacta, quer colegas quer clientes (Bakker et al., 2006; Vargas et al., 2014); é caracterizada como o distanciamento que o profissional cria em relação aos outros como uma forma de enfrentamento, podendo chegar a tratá-los como objetos de forma desumanizada, desenvolvendo atitudes impessoais (Almeida et al., 2016); caracteriza-se por tratar as pessoas, colegas e a organização de forma distante e impessoal (Carlotto, 2011; Maslach et al., 2001; Sá et al., 2014). Silva et al. (2015) consideram que a despersonalização seria a

dimensão desencadeadora de todo o processo de *burnout*, ocorrendo quando o trabalhador adota atitudes negativas, e é acompanhada por insensibilidade e falta de motivação.

A **baixa realização profissional** reflete a tendência de uma auto-avaliação negativa, nomeadamente no contacto com o cliente, em que os trabalhadores se sentem infelizes consigo mesmos e não realizados profissionalmente (Vargas et al., 2014); corresponde aos sentimentos de insatisfação com o seu desempenho e de incapacidade, que podem afetá-lo, gerando frustração, baixa auto-estima e podendo levar à depressão (Almeida et al., 2016); é a tendência do colaborador em se auto-avaliar de forma negativa (Carlotto, 2011; Silva et al., 2015). O trabalhador evidencia um sentimento de inutilidade para a organização e para o cliente (Maslach et al., 2001). A baixa realização pessoal pode ser constatada por um aumento da irritabilidade, baixa produtividade, deficiência de relacionamento profissional e perda da motivação, tornando-se a pessoa infeliz e insatisfeita (Silva et al., 2015).

O trabalhador em *burnout* sente-se triste e desmoralizado, irrita-se facilmente com os outros, não se consegue concentrar e comete erros, falha nas suas tarefas e afasta-se dos seus colegas, isolando-se (Neto et al., 2014).

Marôco et al. (2016) consideram que o *burnout* é caracterizado por elevados níveis de exaustão emocional e despersonalização e baixa realização profissional, levando à erosão de valores pessoais, profissionais e de saúde.

2.1.3 – Causas do *Burnout*

A síndrome de *burnout* advém do stresse crónico, característico do quotidiano do trabalhador, principalmente quando existe pressão excessiva, conflitos, poucas recompensas emocionais e reconhecimentos (França et al., 2014).

Trabalhar em contacto direto com indivíduos numa organização faz com que os trabalhadores estejam expostos com frequência a determinados riscos, nomeadamente agressões e conflitos interpessoais, sobrecarga de trabalho, ambiguidade de papéis, condições estas favorecedoras do desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Gil-Monte, 2009).

Um dos seus principais fatores causadores é a escassez de uma uniformização dentro da organização, como a falta de qualidade nas interações pessoais, presença constante de conflitos, falta de suporte, grupos fechados e dificuldade no trabalho em equipa (França et al., 2014). Neste sentido, quanto maior é a incongruência entre os valores, expectativas e objetivos do trabalhador e o seu trabalho, maior é a probabilidade de ocorrer *burnout* (idem).

Alguns dos custos relacionados com o *burnout* nas organizações devem-se à rotatividade de pessoal, absentismo, problemas de produtividade e qualidade e também por se associarem a vários tipos de disfunções pessoais, como o surgimento de graves problemas psicológicos e

físicos podendo levar o trabalhador a incapacidade total para o trabalho (Carlotto & Câmara, 2008).

França et al. (2014) defendem que são quatro as dimensões a ter em conta para a enumeração das causas do *burnout*, sendo que a presença de todas elas desenvolve níveis superiores de *burnout*: a organização, o indivíduo, o trabalho e a sociedade. Para estes autores, os *aspectos organizacionais* a ter em conta são: burocracia, falta de autonomia, mudanças organizacionais frequentes, falta de confiança, respeito e consideração entre os membros da equipa, comunicação ineficiente, ambiente físico e riscos associados. Quanto aos *fatores individuais* são eles: padrão de personalidade, indivíduos pessimistas, indivíduos perfeccionistas, indivíduos controladores, indivíduos passivos, indivíduos super envolvidos, indivíduos com grande expectativa e idealismo em relação à profissão. No que toca aos *fatores laborais* conhece-se a sobrecarga de trabalho, o baixo nível de controlo das atividades ou acontecimentos no próprio local de trabalho, o sentimento de injustiça e inequidade, o trabalho por turnos ou noturno, o tipo de ocupação, o precário suporte organizacional e o relacionamento conflituoso entre os colegas e conflitos laborais. Por último, os *fatores sociais* incluem a falta de suporte social e familiar, valores e normas culturais.

Como complemento para a investigação desenvolveu-se uma síntese dos principais fatores que podem estar na origem do desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Tabela 1).

Tabela 1 - Fatores desencadeadores e/ou facilitadores do *burnout*

Fatores	
Organizacionais	Normas institucionais
	Falta de autonomia
	Mudanças organizacionais frequentes
	Falta de confiança, respeito e consideração entre os membros de uma equipa
	Comunicação ineficaz
	Ambiente físico
	Conflitos
	Sobrecarga de trabalho
	Recompensa
Individuais	Padrão de personalidade (pessimismo, perfeccionismo, auto-estima, auto-confiança)
	Género
	Habilitações literárias
	Estado civil
	Motivação
	Idade
Laborais	Sobrecarga
	Participação nas decisões laborais
	Expectativas profissionais
	Trabalho por turnos ou noturno
	Relacionamento com colegas
	Conflitos
Sociais	Ambiguidade de papéis
	Suporte social e familiar
	Prestígio
	Valores e normas culturais

Fonte: Adaptado de Trigo, Teng, e Hallak (2007)

2.1.4 – Consequências do *Burnout*

O *burnout* origina-se num ambiente de trabalho social, causando inúmeros problemas de saúde nas pessoas (Akansel, Tunkc, Ozdemir, & Tugutlu, 2012), sendo por vezes difícil separá-los da vida pessoal (Neto et al., 2014).

As consequências que o *burnout* traz para a pessoa não são apenas a título individual, podem afetar também o seu foro laboral, social (França et al., 2014) e domiciliar, devido à falta de tempo para o cuidado da família e lazer (Galindo, Feliciano, Lima, & Souza, 2012; Vargas et al., 2014). Em casos extremos pode levar a perda total da capacidade laboral (França et al., 2014). Afeta negativamente não somente os profissionais, mas também clientes e respetivas organizações (Li et al., 2013).

As consequências decorrentes do *burnout* dependerão de diversos fatores, nomeadamente das características da pessoa, do ambiente de trabalho e da etapa em que a pessoa se encontre no desenvolvimento desta síndrome. Posto isto, nem todos os indivíduos que experimentam o *burnout* desenvolverão todas as manifestações e estas podem expressar-se de forma e em momentos distintos na pessoa (França et al., 2014).

O seu desenvolvimento decorre de um processo lento e gradual de desgaste no humor e de desmotivação, acompanhado de sintomas físicos e psíquicos (Rodrigues & Ribeiro, 2014). O trabalhador começa a desenvolver sintomas físicos, fica hiperativo ou lentificado, perde o interesse pelo trabalho, tornando-se uma pessoa diferente do que era, sendo isso notório por parte dos colegas (Neto et al., 2014).

Na literatura, é possível encontrar uma lista bastante extensa de manifestações associadas ao *burnout*.

As manifestações iniciais do *burnout* incluem sentimentos de exaustão emocional e física, cinismo, impaciência, negativismo e isolamento. Segundo Areias e Comandule (2006) podem ser divididas em manifestações físicas e emocionais. As físicas decorrem da falta de energia, da fadiga crónica, insónias, tédio, maior suscetibilidade na contração de doenças, aumento da frequência de cefaleias, tensão muscular e dor lombar; as emocionais podem aparecer associadas a sintomas de depressão, com sentimentos de desesperança, agravamento de tensões e conflitos, com labilidade emocional e com sentimentos de insatisfação com a vida e consigo mesmo. Referem ainda que os trabalhadores deixam de investir na sua área profissional.

Esta síndrome pode ser caracterizada por sentimentos de inutilidade, esgotamento, ansiedade, descontentamento e perda de motivação em manter um conjunto de expetativas, como consequência da não adaptação do indivíduo ao local de trabalho, gerando sensações de exaustão física, psíquica e emocional, como também alterações de personalidade (Almeida et al., 2016; Moura et al., 2015). Durante um longo período de tempo, poderá afetar a satisfação, produtividade, desempenho, volume de negócio e bem-estar a nível laboral (Cooper et al., 2016).

Os efeitos do *burnout* podem provocar um atendimento negligente ao cliente, promover um contacto impessoal com os colegas de trabalho e clientes, e aumentar a taxa de absentismo e diminuição da qualidade dos serviços (Trigo et al., 2007).

Indivíduos com *burnout* apresentam fadiga, sentem indiferença em relação ao trabalho que desenvolvem e aos clientes e verifica-se uma diminuição do seu desempenho (Bakker et al., 2006), com um sentimento de fracasso associado a qualquer tarefa que realizem (Montgomery, Spânu, Băban, & Panagopoulou, 2015).

Podem verificar-se sinais e sintomas de solidão, ansiedade, apatia, agressividade, distúrbio de humor, irritabilidade habitual, problemas cardiovasculares, imunológicos, cervicalgias e lombalgias (Duarte, Nunes, & Oliveira, 2013). Estudos realizados demonstraram ainda que existem outros aspetos associados ao *burnout*: angústia e depressão da equipa de trabalho (Skirrow & Hatton, 2007).

Galindo et al. (2012) acrescentam ainda a enxaqueca, úlcera péptica e dores articulares ao conjunto das consequências já referidas. Cefaleias, tonturas, dispneia e distúrbios de sono estão também descritos como manifestações comuns (Marôco et al., 2016).

A baixa produtividade e os conflitos de natureza laboral, a dependência de substâncias psicótropas, a redução da satisfação com o trabalho e com a vida pessoal, pode conduzir, em casos mais graves, ao suicídio (Marôco et al., 2016).

Neste sentido, dada a enorme panóplia de consequências associadas a este fenómeno, é de extrema necessidade a construção de estratégias preventivas que promovam o aumento da qualidade de vida e maior equilíbrio no ambiente de trabalho; é, pois, necessário que medidas preventivas e de promoção à saúde sejam implementadas, a fim de reduzir a incidência e minimizar os efeitos da síndrome de *burnout* (França et al., 2014). Caso não haja uma intervenção direccionada para o fenómeno em questão, poderá desenvolver-se um forte desgaste físico e emocional do colaborador (Marôco et al., 2016).

2.1.5 – Gestão e intervenção no *Burnout*

Quando a organização não reconhece o lado humano do trabalho e existem grandes desajustes entre a natureza do trabalho e as pessoas, haverá um maior risco de *burnout* (Maslach & Leiter, 2005).

As estratégias preventivas do *burnout* são cruciais para sustentar uma força de trabalho saudável (Maslach & Leiter, 2014a). Estratégias individuais e organizacionais são fundamentais para que medidas de prevenção e promoção da saúde sejam implementadas, para combater a síndrome e/ou minimizar os seus efeitos (França et al., 2014). Maslach (2011) defende que, mais importante do que prestar atenção ao indivíduo, no seio de uma organização, é também valorizar o ambiente social e organizacional em que os indivíduos trabalham, e sermos mais criativos em soluções a

esses níveis e não apenas nos centrarmos no indivíduo. As intervenções de prevenção podem ser mais benéficas quando projetadas pelos responsáveis das organizações, conjuntamente com os seus colaboradores (Cooper et al., 2016).

As intervenções e os programas preventivos para o *burnout* destacam três níveis diferentes: centrados no indivíduo, centrados no contexto organizacional e na relação entre ambos. As intervenções centradas no indivíduo deverão ensinar estratégias de coping aos trabalhadores diante de situações stressantes; as centradas no contexto ocupacional devem desenvolver-se no sentido de alterar a forma como se desenvolvem as atividades na organização; as intervenções centradas na interação do contexto ocupacional e do indivíduo devem combinar os dois níveis anteriores, dado que se entende o *burnout* como consequência da relação da pessoa e do meio laboral (Corral-Mulato & Bueno, 2014; França et al., 2014).

Como estratégias a nível individual devem desenvolver-se programas de prevenção do *burnout* que ajudem os indivíduos não só a lidar com o stresse, mas a desenvolver qualidades mais positivas, tais como um sentimento de significado, gratidão e satisfação no trabalho (França et al., 2014). Um ambiente de trabalho que se pauta pelo apoio entre profissionais é de extrema relevância para o *burnout* (Thomas, Kohli, & Choi, 2014).

Complementarmente às ações individuais, a organização também necessita de ser flexível para facilitar as circunstâncias em que se desenvolvem as atividades do trabalho, pelo que o trabalho se deve organizar de maneira a promover o bem-estar, recursos humanos e materiais suficientes, autonomia de participação e decisão, planeamento estratégico, colocação do colaborador em local que melhor se adapte ao seu perfil, resolução de conflitos de forma justa e incentivos ao trabalhador (França et al., 2014).

A organização deve acompanhar os conflitos que surgem nas equipas de trabalho e promover espaços de discussão para buscar soluções para essas desavenças, como também para amenizar os efeitos do stresse organizacional. A constituição de grupos voltados para a prevenção da síndrome é um aspeto importante para a sua prevenção: neles, os trabalhadores podem trocar informações, orientações, experiências, sentimentos relacionados com o trabalho e, acima de tudo, devem deter conhecimento sobre as características do fenómeno *burnout* (idem).

As estratégias de enfrentamento do *burnout* devem visar mecanismos que tornem o trabalho menos desgastante e mais produtivo, como sendo o desenvolvimento de estratégias comunicacionais, formas de trabalho harmoniosas, com maior controlo e autonomia profissional, redução da jornada de trabalho, incentivos salariais, reconhecimento profissional e atividades de lazer e físicas (Sousa et al., 2016).

O fenómeno *burnout* pode ser evitado, desde que a cultura da organização favoreça o desenvolvimento de atividades preventivas, a partir da atuação de equipas multidisciplinares, compreendendo, previamente, as características afetivas de cada profissional que cuida do próximo. É necessário existir uma monitorização periódica da saúde mental e física dos

colaboradores, estimulando a prática de exercícios físicos, alimentação equilibrada e em horários fracionados, uma boa higiene do sono, momentos de lazer e prazer para o indivíduo (França et al., 2014).

Marrau (2009) defende que os fatores que intervêm na etiologia do *burnout* são os que existem em torno do trabalho e das condições laborais, pelo que a prevenção desta síndrome passa por modificar as condições de trabalho, com a participação dos trabalhadores, em especial as condições que afetam de forma negativa os aspetos psicossociais do trabalho, nomeadamente a qualidade das relações interpessoais. A formação é um elemento chave na prevenção desta síndrome, que pode desenvolver-se a nível organizacional, interpessoal e individual. A nível organizacional implica envolver os trabalhadores em ações de desenvolvimento e mudança na organização; a nível interpessoal (considera os grupos de trabalho e a interação social) deverá incluir-se programas de formação nomeadamente de apoio social e liderança; a nível individual deve dar-se resposta às necessidades individuais sobre como enfrentar o stress. O autor supra citado defende que a formação a estes três níveis não deve ser estanque, mas deve sim complementar-se.

Na década de 70, quando um trabalhador se encontrava em *burnout*, deveria ser afastado do trabalho e descansar (Freudenberger, 1974). O mesmo autor sugeria que deveria ser avaliada a dedicação ao trabalho para estimular alternativas fora dele (como ter outros interesses fora do trabalho), ajudar a não ter expectativas irrealistas sobre a tarefa ou progressão na carreira, mudar de tarefa de forma rotativa para evitar a monotonia, estabelecer períodos de interrupção no trabalho, criar grupos de discussão para dar suporte social e fazer cada trabalhador partilhar as suas dificuldades, frequentar workshops ou formação ou fazer exercício físico e meditação.

Mais tarde, Kaschka, Korczak, e Broich (2011) alertaram para a necessidade de primeiramente se identificar a severidade do *burnout*: no caso de ser leve, a solução passaria por mudar hábitos de vida e ensinar a equilibrar o trabalho e a vida pessoal, nomeadamente através da prática do relaxamento, exercício físico, afastamento das fontes de stress e tomada de consciência de expectativas irrealistas sobre ideais de perfeição no trabalho; no caso de se verificar já um grau severo, poderia ser necessário recorrer a psicoterapia do tipo cognitivo-comportamental ou, em último caso, a psicofármacos.

O suporte familiar também é tido em conta na prevenção ou minimização dos efeitos do *burnout*: os colaboradores que têm filhos e são casados ou têm companheiro estável apresentam menor probabilidade de ter *burnout*, dado que se considera que o afeto que a família oferece alivia as tensões e conflitos que os colaboradores experimentam no local de trabalho (França et al., 2014).

2.2 – O *Engagement*

Contrariamente àqueles que sofrem de *burnout*, trabalhadores *engaged* têm um sentimento de energia e efetiva conexão com o seu trabalho (Shaufeli & Salanova, 2007), e em vez de stressante e exigente eles olham para o seu trabalho como um desafio (Silva et al., 2008).

O termo *engagement* no trabalho tem um passado recente. A sua definição não é consensual e tem evoluído ao longo dos tempos (Araújo & Esteves, 2016).

Os estudos sobre o *engagement* no trabalho são recentes, sendo que Willian A. Kahn foi a primeira pessoa que conceituou academicamente tal fenómeno, em 1990, no artigo intitulado *Psychological conditions of personal engagement and disengagement at work*, no qual também referencia o conceito oposto, o *disengagement* (Machado, Porto-Martins, & Benevides-Pereira, 2014).

Os seus impulsionadores focalizam-se mais comumente sobre as fortalezas humanas e não tanto sobre as suas debilidades e disfunções (Araújo & Esteves, 2016). O aparecimento da corrente teórica da Psicologia Positiva veio proporcionar uma mudança de foco, passando-se da perspetiva tradicional, centrada na doença, para a adoção de uma visão de bem-estar e funcionamento ótimo (Silva et al., 2015).

O *engagement* no trabalho é um construto da Psicologia Organizacional Positiva. Numa primeira fase foi considerado como uma antítese do *burnout* e/ou dos estados de esgotamento emocional que estão associados à exposição prolongada a fatores psicossociais geradores de stresse. Este fenómeno foi proposto, mais exaustivamente, no ano de 2001 por Wilmar Schaufeli (Ortiz & Jaramillo, 2013).

O foco no *engagement* beneficia não somente os profissionais (crescimento pessoal e desenvolvimento), como também oferece uma vantagem competitiva às organizações onde estes estão inseridos (Araújo & Esteves, 2016; Silva et al., 2008), por se tratar de um estado positivo que possibilita e facilita o uso dos recursos, estando intimamente ligado ao desenvolvimento da organização e estimulando os resultados individuais e organizacionais (Silva et al., 2015). Quando se discute a relação do Homem com o seu ambiente de trabalho, há que se considerar que as pessoas passam a maior parte das suas vidas envolvidas com o trabalho, convivendo nas suas empresas e/ou instituições, com os seus superiores e colegas, devendo esse relacionamento ser o mais saudável possível (Renner, Taschetto, Baptista, & Basso, 2014).

O *engagement* no trabalho é definido como um estado positivo de compromisso, de satisfação, dedicação e absorção, que permite aos colaboradores das organizações experimentar uma sensação de conexão e de realização efetiva com a sua atividade laboral (Ortiz & Jaramillo, 2013).

Os diferentes autores, que se têm dedicado à compreensão do fenómeno *engagement*, são consensuais em caracterizá-lo como um estado energético, afetivo-cognitivo, um construto motivacional e social positivo, sempre relacionado com o trabalho, impondo nas pessoas um sentimento de realização, um envolvimento positivo da mente, persistente no tempo, que não está

focado particularmente num objeto, ou evento, ou indivíduo ou comportamento (Porto-Martins, Basso-Machado, & Benevides-Pereira, 2013; Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli & Salanova, 2007).

Os recursos de trabalho (como o suporte social de colegas e supervisores, feedback de desempenho, variedade de habilidades, autonomia e oportunidades de aprendizagem) e pessoais (resiliência e sentimentos dos indivíduos sobre a sua capacidade de controlar) são importantes preditores de *engagement* no trabalho (Silva et al., 2008). Os colaboradores com altos níveis de energia e identificação com o seu trabalho parecem ter um melhor desempenho (idem).

Os indivíduos *engaged* sentem-se capazes de lidar com as demais exigências do seu trabalho, são felizes a trabalhar, deixam-se “levar pelo seu trabalho”, não percebendo a passagem do tempo durante o desempenho da sua atividade laboral (Correia, 2012).

Schaufeli e Salanova (2007) defendem que, para prosperar e sobreviver num ambiente em constante mudança, as organizações precisam de trabalhadores saudáveis e motivados, o que só pode ser alcançado quando a saúde ocupacional e as políticas de recursos humanos da organização são integradas.

O instrumento mais usado para medir o *engagement* é a Escala de *Engagement* no Trabalho de Utrecht, um instrumento de auto-relato que foi validado em muitos países do mundo (Silva et al., 2008).

2.2.1 – Dimensões do *Engagement*

O *engagement* pode ser compreendido como um estado psicológico positivo de realização relacionado com o mundo laboral (Machado et al., 2014; Porto-Martins et al., 2013).

O *engagement* no trabalho é caracterizado por altos níveis de energia e vigor, dedicação e entusiasmo enquanto trabalha, sendo agradavelmente absorvido ou imerso nas atividades de trabalho (Schaufeli & Salanova, 2007). Indivíduos *engaged* trabalham arduamente (vigor), estão envolvidos (dedicado), e sentem-se felizes e absorvidos (absorvidos) no seu trabalho (Silva et al., 2008).

Foram construídos como opostos diretos das três dimensões do *burnout*, avaliados na *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*, esgotamento, cinismo e falta de eficácia (Ortiz & Jaramillo, 2013).

Definido como um estado mental positivo, o *engagement* é caracterizado por três dimensões: vigor, uma componente comportamental-energética, pela dedicação, relativa a um elemento de cariz emocional, e pela absorção, referente a uma componente cognitiva (Araújo & Esteves, 2016; Maslach et al., 2008; Porto-Martins et al., 2013; Silva et al., 2008).

O **vigor** refere-se a altos níveis de energia e resistência mental do trabalhador, desejo de se esforçar no seu trabalho e persistência face às dificuldades (Bakker et al., 2006; Correia, 2012; Porto-Martins et al., 2013; Shaufeli & Salanova, 2007).

A **dedicação** refere-se a um estado de grande envolvimento no trabalho, em que o indivíduo experiencia entusiasmo, inspiração, orgulho, desafio e significado (Bakker et al., 2006; Correia, 2012; Porto-Martins et al., 2013; Shaufeli & Salanova, 2007).

A **absorção** é caracterizada pelo indivíduo estar plenamente concentrado e feliz com o seu trabalho e absorvido, sem ter a noção do tempo passar, tendo mesmo dificuldade em se desligar do trabalho (Bakker et al., 2006; Correia, 2012; Porto-Martins et al., 2013; Shaufeli & Salanova, 2007).

2.3 – O *Burnout* e o *Engagement* nos profissionais de saúde

Nas últimas décadas, a dinâmica das organizações tem salientado o papel relevante que os recursos humanos detêm na construção da competitividade e da qualidade a que as organizações se propõem alcançar, de forma a garantir a sua sobrevivência e desenvolvimento no atual contexto sócio-económico (Caetano & Vala, 2000).

As intensas mudanças vivenciadas pelas sociedades contemporâneas refletem-se no quotidiano dos trabalhadores, tornando-os cada vez mais comprometidos com as exigências do seu ambiente de trabalho (Sousa & Araújo, 2015).

O profissional de saúde é aquele que mantém contato com o utente, que facilmente possui tendências oscilantes, priorizando em momentos o fazer e, em outros, o pensar. Trabalhar com a doença e os sentimentos nela envolvidos é um processo desgastante e stressante, fazendo-se necessários mecanismos de defesa conscientes ou não para que a doença e o sofrimento do outro não interfiram na saúde psíquica e física do profissional (Bomfim, 2013).

Reconhecendo o valor dos profissionais para o alcance das metas traçadas, a Organização Mundial da Saúde tem promovido debates sobre a necessidade de eficiência e maior produtividade dos serviços (World Health Organization, 2013).

Tendo em conta as mudanças organizacionais e os processos de globalização atuais, a exposição dos colaboradores a fatores de risco psicossociais em contexto laboral tem-se tornado mais frequente e intensa (Stolk, Staetsky, Hassan, & Kim, 2012).

Nas organizações do setor da saúde, a investigação tem demonstrado que os trabalhadores se encontram expostos a fatores psicossociais específicos, que podem desencadear respostas de stresse e situações daí derivadas, como a síndrome de *burnout*, alterações psicológicas de diferente natureza, problemas cardiovasculares e músculo-esqueléticos (Ortiz & Jaramillo, 2013).

É inevitável pensar que o próprio bem-estar e saúde dos profissionais de saúde são imprescindíveis para um adequado desenvolvimento da sua prática clínica (Arrogante, Pérez-Garcia, & Aparicio-Zaldívar, 2016). Exercer funções na área da saúde pauta-se por algumas

peculiaridades, nomeadamente por exercer uma sobrecarga física, cognitiva e emocional sobre os profissionais de saúde (Ebling & Carlotto, 2012).

O construto *burnout* é merecedor de atenção como problema de saúde pública, dado ser um fenómeno que se desenvolve em maior medida nos profissionais do setor dos serviços, que desenvolvem a sua atividade profissional contactando com outras pessoas. Tem-se verificado um aumento de colaboradores com presença deste fenómeno, dado o incremento de exigências aos trabalhadores, de solicitações de maior flexibilidade de funções, de sobrecarga e intensificação de trabalho, da existência de um maior desequilíbrio trabalho-família, fatores estes unidos ao aumento dos contratos de trabalho temporários e falta de estabilidade no emprego (Gil-Monte, 2009; Marrau, 2009).

Por sua vez, a evidência empírica produzida em torno da temática do *engagement* no trabalho reflete a sua repercussão em diversas áreas profissionais, nomeadamente ao nível das profissões de relação assistencial ou de ajuda, como é o caso dos profissionais de saúde (Araújo & Esteves, 2016).

Autores recomendam que as organizações de saúde considerem a implementação de instrumentos que avaliem regularmente a energia mental, tendo em conta que medidas objetivas podem ajudá-las na compreensão da gravidade da crise energética dos seus colaboradores e o seu impacto na produtividade e permitem ainda um maior envolvimento dos colaboradores (Young et al., 2016).

No que toca à diversidade de categorias profissionais, estudos referem que os enfermeiros representam o maior grupo de trabalhadores em instituições de saúde, nomeadamente hospitais, quer a título público ou privado (Raftopoulos et al., 2012), e são as mulheres que ocupam com maior frequência as atividades de saúde (Monjardino et al., 2016). No contexto do grande número de profissionais de saúde atuando sinergicamente, os enfermeiros partilham a missão de promover saúde e bem-estar da população, cuidando de indivíduos, famílias e comunidades, no entanto em maior número do que outras categorias profissionais (Mendes, 2015).

Devem ser realizados esforços, futuramente, no sentido de se prevenir o *burnout* e construir o *engagement* na saúde (Maslach & Leiter, 2014a).

2.3.1 – O *Burnout* nos profissionais de saúde

O fenómeno *burnout* tornou-se onnipresente no quotidiano dos trabalhadores e consequentemente nas organizações (Young et al., 2016).

De acordo com a literatura, toda e qualquer atividade profissional poderá vir a desencadear um processo de *burnout*, no entanto algumas profissões têm sido apontadas como mais predispostas para tal facto, por evidenciarem características mais peculiares de contacto direto com pessoas ou por se desenvolverem em ambientes de trabalho emocionalmente exigentes (França et al., 2014;

Kozak, Kersten, Schillmoller, & Nienhaus, 2013). Os níveis de *burnout*, nas diferentes atividades profissionais, podem diferir devido às variáveis individuais, ao contexto laboral e à organização do trabalho (França et al., 2014). Equipas de trabalho com *burnout* tendem a ser menos produtivas e a apresentar menor qualidade no atendimento ao indivíduo (Carlotto, 2011).

Algumas das profissões referenciadas são: trabalhadores do serviço social, da saúde, da educação, forças de segurança, bancários, profissionais liberais (Moura et al., 2015). Outros autores defendem que afetam profissões preferencialmente de cunho emocional, nomeadamente nas profissões que envolvam cuidados de saúde, educação e serviços humanos (França et al., 2014).

Na área da saúde, a presença da síndrome de *burnout* é ainda mais preocupante, visto que pode afetar os cuidados destinados aos pacientes, dado que profissionais desgastados diariamente e em contacto com fatores stressantes acabam por não desempenhar a sua função com a mesma qualidade que o fariam na ausência destes, não obtendo os resultados esperados, gerando insatisfação profissional, mal-estar no ambiente de atuação e indisposição para realizar as demais atividades (Almeida et al., 2016).

Marôco et al. (2016) consideram que o *burnout* tem sido considerado um problema de saúde ocupacional de grande relevância entre a classe dos profissionais de saúde: indivíduos com *burnout* geralmente apresentam uma redução da qualidade do desempenho profissional, com maior probabilidade de erro, maiores taxas de absentismo, menor compromisso com a função e com o empregador e aumento dos conflitos interpessoais envolvendo chefias, colegas, família e utentes.

O trabalho na área da saúde requer um contacto próximo com pessoas que exigem cuidados diários. Essa interação pode gerar envolvimento dos profissionais com os pacientes, bem como uma proximidade física e emocional desses trabalhadores com pessoas em estado de sofrimento e angústia que necessitam de auxílio, culminando por fragilizar esses profissionais e deixá-los stressados (Almeida et al., 2016; Mete et al., 2014; Sharrard, 1992).

A síndrome de *burnout* afeta principalmente médicos, enfermeiros e auxiliares ou cuidadores que estão em contacto direto e permanente com pacientes e familiares, devido à sobrecarga física e mental, sendo expostos constantemente a situações stressantes como a morte (Marôco et al., 2016; Pereira & Antoniassi, 2014; Silva et al., 2015; Sousa et al., 2016).

Ao longo de várias décadas de pesquisa sobre o *burnout*, a maioria dos estudos realizados envolveu profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros: os níveis de *burnout* sempre foram elevados nas populações de saúde, mas pesquisas mais recentes sugerem que os profissionais de saúde estão agora a evidenciar níveis ainda mais altos de *burnout*. As reformas nos cuidados de saúde, sobretudo nas últimas duas décadas, criaram um estado de mudança sem fim que é stressante para os profissionais de saúde, dadas as restrições económicas que desafiam as suas capacidades de manter cuidados de alta qualidade (Maslach & Leiter, 2014a).

Young et al. (2016) e Okwaraji e En (2014) referem que a profissão de enfermagem é uma profissão mentalmente exigente e que implica um grande investimento de tempo e energia às pessoas que procuram os cuidados, muitas vezes em situações difíceis. Galindo et al. (2012) defendem que os enfermeiros estão continuamente submetidos a elementos geradores de stress e consequentemente *burnout*, nomeadamente: a escassez de profissionais, que supõe acumulação de tarefas e sobrecarga laboral, o trabalho por turnos e/ou noturno, o contacto com utentes problemáticos, o conflito e ambiguidade de papéis, a baixa participação nas decisões, a inexistência de um plano de carreira e salários, o sentimento de injustiça nas relações laborais, os conflitos com colegas e/ou instituição, o contacto muito próximo com a morte, a criação de vínculo afetivo com o paciente e o seu sofrimento e a exposição constante ao risco de contaminação e violência.

Estudos demonstram que os enfermeiros possuem uma das taxas mais altas de licenças médicas no seio das diversas categorias profissionais, devendo-se principalmente ao *burnout* induzido pelo trabalho (Li et al., 2013; França et al., 2014).

Em auxiliares de cuidados de saúde em casas de repouso, o *burnout* representa uma ameaça para a saúde dos trabalhadores e para a qualidade de cuidados (Cooper et al., 2016).

São diversos os estudos sobre a saúde dos trabalhadores que procuraram identificar os aspetos stressantes comuns em ambientes de trabalho dos profissionais da saúde (França, Martino, Aniceto, & Silva, 2012). Estudos realizados com profissionais de saúde romenos evidenciam que há relações significativas entre os fatores ocupacionais e as dimensões do *burnout* (Bria, Spânu, Băban, & Dumitraşcu, 2014).

À semelhança da pesquisa do *burnout* noutros campos, a dimensão da exaustão emocional continua a emergir como o indicador mais robusto, nos cuidados de saúde (Maslach & Leiter, 2014a).

Em estudos realizados em Espanha com enfermeiros, médicos, dentistas, psicólogos, nutricionistas e outros profissionais de saúde, a exaustão emocional foi a primeira variável associada ao absentismo, com intenção de desistir da profissão e associada a deterioração pessoal e deterioração familiar (Suñer-Soler et al., 2014).

Segundo Gomes, Cruz, e Cabanelas (2009), os enfermeiros hospitalares e de centros de saúde portugueses evidenciam elevados índices de exaustão emocional, quanto aos níveis globais de *burnout*.

Tendo em conta as três dimensões do *burnout*, a exaustão emocional foi a que apresentou valor médio mais elevado em enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, no Hospital Universitário de Minas Gerais (Neves, Oliveira, & Alves, 2014).

Nos enfermeiros de um hospital do Recife verificou-se que metade dos profissionais apresentava altos níveis de exaustão emocional, menores níveis de despersonalização e níveis mais baixos de realização pessoal, no entanto o nível geral de *burnout* era baixa (Galindo et al., 2012).

Num estudo realizado por Sá et al. (2014), em enfermeiros de um hospital público no Brasil, os dados sobre o *burnout* evidenciaram baixos níveis de exaustão emocional e despersonalização e altos índices de realização pessoal.

Em estudos com trabalhadores do setor público, quanto maior é a disparidade entre os valores, expectativas e objetivos do trabalhador e o seu trabalho, maior é a probabilidade de ocorrência de *burnout* (Palazzo, Carlotto, & Aerts, 2012). Os mesmos autores referem que a dimensão que apresentou uma média mais elevada foi a exaustão emocional, seguindo-se a baixa realização pessoal, com menor pontuação, e por último a despersonalização, com a média mais baixa.

Em estudos realizados com enfermeiros num hospital público de São Paulo, verificou-se uma predominância do sexo feminino, predominância essa que pode ser explicada pela própria composição desta categoria profissional, a qual vem historicamente associada à atividade religiosa (feminização do cuidado), a aspetos culturais, trazendo na sua trajetória o cuidado, que sempre foi uma função das mulheres. Foram encontrados elevados níveis de diminuição da realização pessoal, níveis inferiores de exaustão emocional e níveis ainda mais baixos para a despersonalização, tendo constatado um nível moderado de *burnout* (Rissardo & Gasparino, 2013). Na maioria dos estudos, relativos à prestação de cuidados de enfermagem ao domicílio, os autores referem que as mulheres representaram 90-100% do total de participantes (Cooper et al., 2016). Pereira e Antoniassi (2014) referem que foi observada uma maior percentagem de mulheres nos estudos, o que pode ser explicado pela própria composição feminina na profissão de enfermagem.

Sousa et al. (2016) inferiram que os profissionais mais acometidos pelo *burnout* são: mulheres, maiores de 40 anos e com cônjuge. Outros estudos afirmam que as pessoas com companheiros (Fernandes, Sousa, Rodrigues, & Marziale, 2012) e as com filhos (França & Ferrari, 2012) são menos propensas a desenvolver *burnout*, por sentirem emoções no contexto familiar que favorecem resistência à síndrome.

Kozak et al. (2013) referem que nalguns estudos, níveis mais altos de *burnout* foram significativamente correlacionados com maiores taxas de intenção de abandonar o trabalho e baixos valores de *burnout* foram associados à maior satisfação no trabalho, boa saúde geral e maior satisfação com a vida. O mesmo estudo refere ainda que foram inconclusivas as associações entre o *burnout* e o sexo e horário de trabalho.

Millan (2007) refere que a prevalência de *burnout* nos médicos aumenta quando estes são casados, têm pouco tempo de férias e não praticam exercício físico.

Indivíduos com habilitações literárias mais elevadas experimentam níveis mais elevados de *burnout* (Maslach et al., 2001). No entanto, um estudo evidenciou que profissionais de enfermagem recém-formados estão propensos a desenvolver *burnout*, porque possuem pouca confiança e escassos conhecimentos necessários para as novas responsabilidades, podendo desenvolver sentimentos de frustração e insegurança (França et al., 2012).

Em profissionais da área da saúde, os estudos evidenciam resultados que indicam que os trabalhadores experimentaram níveis moderados a altos de *burnout* do trabalho, e quanto às variáveis mais significativas encontram-se, por ordem de maior correlação, a idade, o sexo, a educação e a experiência, que foram significativamente correlacionados com o *burnout* (Thomas et al., 2014).

Um estudo realizado aos enfermeiros intensivistas no Rio de Janeiro evidenciou que a maior parte dos inquiridos fazia parte dos quadros permanentes da instituição e que trabalhava por turnos rotativos. Quanto às variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais, sendo elas o sexo, a idade, a escolaridade e o estado civil, não foram encontradas associações significativas, pensa-se que pela pequena dimensão da amostra. Os níveis de *burnout* encontravam-se acima dos níveis médios e os scores da exaustão emocional e despersonalização eram elevados (Silva et al., 2015).

Carlotto (2011), em estudos realizados com técnicos de enfermagem, verificou que a dimensão com maior valor médio é a realização profissional, seguida pela exaustão emocional e, por fim, a despersonalização. Constatou ainda que: os inquiridos casados revelam maior exaustão emocional e despersonalização, bem como menor realização profissional; e defende ainda que quanto maior o tempo de serviço na profissão, mais vulnerável será o profissional no que toca ao desenvolvimento do *burnout*.

França et al. (2012), num estudo com 38 enfermeiros, constataram que estes apresentavam altos níveis de *burnout*, sendo que a percentagem mais baixa das três dimensões foi na exaustão emocional. Destacou-se uma maior incidência nos profissionais com menos de 30 anos.

Ebling e Carlotto (2012) realizaram um estudo com profissionais de saúde de um hospital público que permitiu estabelecer um perfil de risco para a síndrome de *burnout*, designadamente, trabalhadores do sexo masculino, jovens, com menor remuneração, médicos e desejo de abandonar a profissão, a instituição ou o seu cargo na instituição atual. A intenção de mudar de carreira, instituição ou posição na instituição atual foi associada com o aumento da exaustão emocional. A idade mais avançada foi associada a menores scores de exaustão emocional e despersonalização.

Num estudo realizado com médicos e enfermeiros portugueses (Marôco et al., 2016), a análise dos níveis de *burnout* revelou que ambas as categorias profissionais apresentaram níveis moderados a elevados de *burnout*, não sendo significativas as diferenças entre as duas profissões. Os profissionais com maior tempo de serviço são menos acometidos por *burnout*, comparativamente com os profissionais que desempenham a função há menos tempo. A análise de algumas variáveis de contexto sócio-profissional permite apontar alguns determinantes do *burnout* em profissionais da área da saúde, nomeadamente ao nível das más condições de trabalho, que foi o principal preditor da incidência de *burnout* nos profissionais de saúde avaliados.

Estudos realizados em enfermeiros de instituições do terceiro setor (Okwaraji & En, 2014) concluíram que, das três dimensões relativas ao *burnout*, verificaram-se níveis mais elevados de realização pessoal reduzida, seguidos de níveis mais baixos mas ainda elevados de despersonalização e, por fim, níveis de exaustão emocional, que foram os mais baixos. Verificou-se que as variáveis demográficas, idade, sexo, estado civil, nível educacional, afetam significativamente os níveis de *burnout*. O *burnout* ocorreu mais nos enfermeiros com menos de 35 anos, mulheres, não casadas e com certificado de enfermagem, em relação àquelas com graus de enfermagem e àquelas que atuam como enfermeiras.

No que se refere à comparação dos níveis de *burnout* em função das variáveis sócio-demográficas, em estudos realizados, registaram-se diferenças significativas em função do sexo e estado civil: o sexo masculino apresenta maiores níveis de despersonalização e os sujeitos casados parecem apresentar maiores níveis de exaustão emocional (Silva et al., 2015).

Estudos realizados a enfermeiros e auxiliares, num hospital universitário (Cruz & Abellán, 2015), evidenciaram um nível médio ao nível da exaustão emocional, um nível elevado para a despersonalização e um nível baixo relativo à realização pessoal. Mais ainda, concluíram que o nível médio de despersonalização foi significativamente maior entre os profissionais solteiros e casados quando comparada àqueles separados ou divorciados.

2.3.2 – O *Engagement* nos profissionais de saúde

Quando os trabalhadores se sentem mais satisfeitos com o seu trabalho, sentem-se profissionalmente mais realizados (Vargas et al., 2014).

Estudos americanos revelam que apenas cerca de 30% dos profissionais que ocupam postos de trabalho a tempo inteiro, como é o caso dos enfermeiros, se encontram empenhados e inspirados no trabalho (Young et al., 2016).

Um estudo realizado em Portugal com profissionais de saúde demonstrou médias elevadas para todas as dimensões do *engagement*, com destaque para a dedicação (Silva et al., 2015).

Dias e Queirós (2011) referem que os níveis de *engagement* nos enfermeiros em Portugal são moderados.

Em relação aos resultados da avaliação do *engagement* no trabalho aos profissionais numa organização de saúde privada da Colômbia (Ortiz & Jaramillo, 2013), foi encontrada uma alta pontuação nos domínios de vigor e dedicação, inferindo um estado mental positivo de compromisso, persistência, trabalho e entusiasmo dos trabalhadores em geral.

Segundo o Quinto Inquérito Europeu sobre as Condições de Trabalho (Eurofound, 2010), as mulheres apresentam mais frequentemente baixa pontuação no índice de bem-estar.

Relativamente à faixa etária, os inquiridos mais velhos apresentam níveis de *engagement* superiores comparativamente aos inquiridos mais novos (Correia, 2012).

No que toca à situação familiar, os estudos evidenciam que os Enfermeiros casados ou em união de facto apresentam níveis de *engagement* superiores comparativamente aos solteiros ou divorciados (Correia, 2012).

Campos (2013), no âmbito de estudos realizados com médicos, relativamente ao *engagement* e ao trabalho por turnos rotativos ou turno normal, concluiu que não se evidenciam diferenças significativas neste campo.

Os enfermeiros com elevado *engagement* eram fundamentais para a vida hospitalar, uma vez que apresentavam um melhor desempenho comparativamente a outros com níveis de *engagement* inferiores (Chambel, 2012).

Pinto, Élvio, Mendes, e Fronteira (2015), no âmbito de um estudo sobre o *engagement* nos enfermeiros, concluíram que: entre o *engagement* e as habilitações literárias não se verificou significância estatística; entre o *engagement* e as variáveis sexo, grupo etário e tempo de experiência profissionais se encontraram diferenças significativas. No que se refere à variável sexo, as enfermeiras da amostra em estudo revelaram níveis de *engagement* superiores aos dos enfermeiros; relativamente ao grupo etário, o grupo etário com menores scores foi o correspondente à idade situada entre os 31 e os 35 anos; os enfermeiros mais novos/menos experientes e os mais velhos/mais experientes apresentaram os níveis de *engagement* mais elevados. Os resultados deste estudo evidenciaram valores de *engagement* médios a elevados entre os participantes inquiridos.

Os colaboradores contratados parecem diferir de outros em termos dos seus recursos pessoais, incluindo otimismo, auto-eficácia, auto-estima, resiliência e um estilo de enfrentamento ativo (Silva et al., 2008).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

3.1 – Modelo hipotético de investigação

Para uma mais fácil compreensão desta investigação elaborou-se o modelo hipotético de investigação evidenciado na Figura 2. Pretendeu-se perceber os níveis de *burnout* e *engagement*, se existe relação entre os fenómenos *burnout* e *engagement*, bem como se as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais influenciam os níveis de *burnout* e *engagement*.

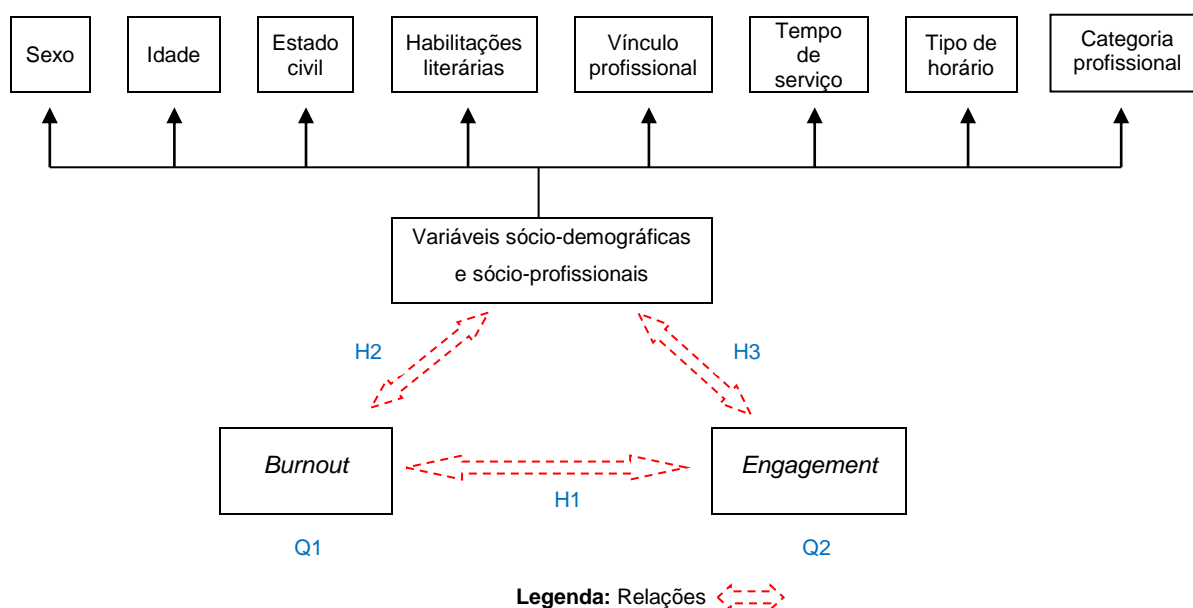


Figura 2 - Modelo hipotético de investigação

Fonte: Elaboração própria

O presente estudo pode ser caracterizado como misto, quanto ao método de recolha de dados utilizado, transversal, exploratório, descritivo e correlacional.

3.2 – Objetivos

A realização do presente trabalho de investigação teve os seguintes objetivos, relativamente aos profissionais de saúde do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira:

- Avaliar os níveis de *burnout* e *engagement*;
- Analisar a relação entre *burnout* e *engagement*;
- Avaliar a existência de relação entre as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais e os níveis de *burnout*.
- Avaliar a existência de relação entre as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais e os níveis de *engagement*.

3.3 – Questões e Hipóteses

Perante os objetivos ora expostos, pretendeu-se estudar as relações de um conjunto de variáveis e analisar escalas de avaliação relativas aos fenómenos *burnout* e *engagement*.

De forma a validar o modelo hipotético ora referido, as questões (Q) e hipóteses (H) delineadas para a presente investigação foram as seguintes:

Q1 - Existem elevados níveis de *burnout* nos profissionais de saúde?

Q2 - Existem níveis médios de *engagement* nos profissionais de saúde?

H1 - Existe relação entre os níveis de *burnout* e os níveis de *engagement* nos profissionais de saúde.

H2 - Existem diferenças de nível de *burnout* de acordo com as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais.

H2.1 - Existem diferenças de nível de *burnout* de acordo com o sexo dos profissionais de saúde.

H2.2 - Existem diferenças de nível de *burnout* de acordo com o grupo etário dos profissionais de saúde.

H2.3 - Existem diferenças de nível de *burnout* de acordo com o estado civil dos profissionais de saúde.

H2.4 - Existem diferenças de nível de *burnout* de acordo com as habilitações literárias dos profissionais de saúde.

H2.5 - Existem diferenças de nível de *burnout* de acordo com o tipo de vínculo dos profissionais de saúde com a organização.

H2.6 - Existem diferenças de nível de *burnout* de acordo com o tempo de serviço dos profissionais de saúde na organização.

H2.7 - Existem diferenças de nível de *burnout* de acordo com a categoria dos profissionais de saúde da organização.

H2.8 - Existem diferenças de nível de *burnout* de acordo com o tipo de horário dos profissionais de saúde na organização.

H3 - Existem diferenças de nível de *engagement* de acordo com as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais.

H3.1 - Existem diferenças de nível de *engagement* de acordo com o sexo dos profissionais de saúde.

H3.2 - Existem diferenças de nível de *engagement* de acordo com o grupo etário dos profissionais de saúde.

H3.3 - Existem diferenças de nível de *engagement* de acordo com o estado civil dos profissionais de saúde.

H3.4 - Existem diferenças de nível de *engagement* de acordo com as habilitações literárias dos profissionais de saúde.

H3.5 - Existem diferenças de nível de *engagement* de acordo com o tipo de vínculo dos profissionais de saúde com a organização.

H3.6 - Existem diferenças de nível de *engagement* de acordo com o tempo de serviço dos profissionais de saúde na organização.

H3.7 - Existem diferenças de nível de *engagement* de acordo com a categoria dos profissionais de saúde da organização.

H3.8 - Existem diferenças de nível de *engagement* de acordo com o tipo de horário dos profissionais de saúde na organização.

3.4 – População/amostra

A população em estudo correspondeu aos colaboradores do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, constituída por um total de 78 colaboradores. Das diversas valências que possui, Creche, Pré-escolar, Serviço de Apoio Domiciliário, Academia Sénior, Unidade de Cuidados Continuados e Cantina Social, foi escolhida a valência de internamento, mais concretamente a Unidade de Cuidados Continuados.

Na valência de Cuidados Continuados Integrados, foram distribuídos 45 questionários, cuja representatividade dos profissionais é de cerca de 58% do total de colaboradores da instituição: 2 assistentes sociais, 13 auxiliares de ação médica, 1 auxiliar de fisioterapia, 1 enfermeira-chefe, 16 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 4 médicas, 1 nutricionista, 2 psicólogas, 1 socióloga, 1 terapeuta da fala e 1 terapeuta ocupacional. Dos 45 questionários distribuídos, foram recolhidos 44, número que constitui a amostra deste estudo.

A caracterização da amostra será efetuada pormenorizadamente no Capítulo IV.

3.5 – Procedimentos éticos na recolha de dados

A recolha de dados foi efetuada por meio da aplicação de um questionário e a realização de entrevistas.

Para tal ser possível, numa primeira fase solicitou-se o aval, por meio de autorização escrita, do Presidente da Direção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira. O parecer para a realização do estudo foi favorável, conforme se verifica no Anexo I.

Seguidamente, foi enviado email a todos os prestadores de cuidados da Unidade de Cuidados Continuados, solicitando-se a sua colaboração neste estudo através do preenchimento de um questionário, que seria posteriormente entregue. Os participantes foram informados que a sua participação era voluntária e anónima, e que o estudo não evidenciaria identificação individual de qualquer natureza.

Foi garantido o anonimato e confidencialidade, quer dos dados recolhidos por meio dos questionários, distribuídos, em formato papel, a cada participante, quer da realização das entrevistas. O anonimato dos dados foi garantido através da atribuição de um código a cada elemento da amostra/questionário, sendo respeitado o artigo 37.º, da Constituição da República Portuguesa (1976). Os questionários foram entregues e recolhidos em envelope fechado. Quanto às entrevistas, estas foram gravadas e transcritas, tendo sido atribuídos nomes fictícios aos profissionais de saúde entrevistados.

Garantiu-se a liberdade de cada participante na colaboração do preenchimento do questionário e da participação na entrevista, por meio de aval favorável ao seu preenchimento e da sua realização, respetivamente.

3.6 – Instrumento de colheita de dados

Considera-se de fulcral importância o conhecimento dos níveis de *burnout* e *engagement* nas organizações, uma vez que estes fatores consistem nos primeiros passos para o caminho da manutenção da saúde e da qualidade de vida do trabalhador e respetiva organização (França et al., 2014).

Os construtos de *burnout* e *engagement* devem ser analisados sob a perspetiva dos fatores sócio-demográficos e do ambiente de trabalho, dado que parecem fornecer uma estrutura interativa para analisar os resultados das investigações (Maslach et al., 2001).

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário, constituído por três grupos: dados de caracterização sócio-demográfica e sócio-profissional (Grupo I), escala para avaliar sentimentos relacionados com o trabalho (Grupo II) e escala para a avaliação do bem-estar no trabalho (Grupo III). As escalas utilizadas já se encontram validadas em Portugal.

Para além destes questionários, realizamos entrevistas semiestruturadas, guiadas, a um conjunto de colaboradores da organização, essencialmente com o objetivo de os confrontar com os

resultados obtidos através dos inquéritos e de ter acesso a elementos mais discursivos sobre estes, fazendo assim a triangulação dos dados.

Grupo I – Caracterização sócio-demográfica e sócio-profissional

Os itens utilizados para caracterização da amostra foram os seguintes: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, tipo de vínculo profissional, tempo de serviço na empresa, categoria profissional e tipo de horário.

Grupo II – Burnout

Para o levantamento de resultados relativos ao *burnout* foi utilizada a escala *Maslach Burnout Inventory* - Profissionais de Saúde (MBI - PS), de acordo com Maslach et al. (1996) e traduzida, adaptada à população portuguesa e cedida pela Professora Doutora Alexandra Marques Pinto, cuja escala original é a *Maslach Burnout Inventory* - *Human Services Survey*, projetada exclusivamente para profissionais cujo trabalho envolve um contacto e uma interação intensos com um indivíduo (Squires et al., 2014). Este instrumento é composto por 22 itens e por uma escala de respostas do tipo Likert, com 7 categorias de resposta, em que (0) corresponde a *Nunca* e (6) a *Todos os dias*. Contempla a avaliação das três dimensões do *burnout*: a exaustão emocional é avaliada por 9 itens, a despersonalização por 5 itens e a realização pessoal por 8 itens (Maslach et al., 1996). A Tabela 2 evidencia quais as afirmações que estão incluídas em cada uma das dimensões do *burnout* e o número do respetivo item no questionário.

Tabela 2 - Dimensões e itens da MBI - PS

Dimensão	Ordem na escala	Item	Afirmação
Exaustão emocional	1	1	Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.
	2	2	Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.
	3	3	Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.
	4	6	Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.
	5	8	Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.
	6	13	Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.
	7	14	Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.
	8	16	Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress.
	9	20	Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.
Despersonalização	1	5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.
	2	10	Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.
	3	11	Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.
	4	15	Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.
	5	22	Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.
Realização pessoal	1	4	Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.
	2	7	Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.
	3	9	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
	4	12	Sinto-me com muita energia.
	5	17	Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.
	6	18	Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.
	7	19	Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.
	8	21	No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.

Fonte: Adaptado de Maslach, Jackson, e Leiter (1996)

Relativamente à interpretação das pontuações desta escala, um nível baixo de *burnout* reproduz-se em scores baixos nas sub-escalas de exaustão emocional e despersonalização e scores elevados na realização pessoal; um nível médio de *burnout* é representado por valores médios nos scores das três sub-escalas (Maslach et al., 1996).

Grupo III – Bem-Estar e Trabalho

No grupo III do questionário solicitou-se ao participante que identificasse os sentimentos em relação ao seu trabalho.

A escala utilizada para avaliar o nível de bem-estar no trabalho, teve como base a Escala de *Engagement* no Trabalho de Utrecht (Schaufeli & Bakker, 2003) (Anexo II), traduzida e adaptada à população portuguesa por Porto-Martins e Benevides-Pereira (2008). É composta por 17 itens, com respostas do tipo Likert, e que se agrupam em três dimensões: o vigor, medido por 6 itens, a dedicação avaliada por 5 itens e a absorção medida por 6 itens. As opções de resposta variam numa escala de 0 a 6, em que (0) significa *Nunca* e (6) significa *Sempre*. A Tabela 3 evidencia

quais as afirmações que estão incluídas em cada uma das dimensões do *engagement* e o número do respetivo item.

Tabela 3 - Dimensões e itens da UWES

Dimensão	Ordem na escala	Item	Afirmação
Vigor	1	1	No meu trabalho, sinto-me repleto (cheio) de energia.
	2	4	No trabalho, sinto-me com força e vigor (vitalidade).
	3	8	Quando me levanto pela manhã, tenho vontade de ir trabalhar.
	4	12	Posso continuar a trabalhar durante longos períodos de tempo.
	5	15	No meu trabalho, sou uma pessoa mentalmente resiliente (versátil).
	6	17	No trabalho, sou persistente mesmo quando as coisas não vão bem.
Dedicação	1	2	Eu acho que o trabalho que realizo é cheio de significado e propósito.
	2	5	Estou entusiasmado com o meu trabalho.
	3	7	O meu trabalho inspira-me.
	4	10	Estou orgulhoso com o trabalho que realizo.
	5	13	Para mim o meu trabalho é desafiador.
Absorção	1	3	O "tempo voa" quando estou a trabalhar.
	2	6	Quando estou a trabalhar, esqueço tudo o que se passa ao meu redor.
	3	9	Sinto-me feliz quando trabalho intensamente.
	4	11	Sinto-me envolvido com o trabalho que faço.
	5	14	"Deixo-me levar" pelo meu trabalho.
	6	16	É difícil desligar-me do trabalho.

Fonte: Adaptado de Schaufeli e Bakker (2003)

Mais ainda, procedeu-se à realização de seis entrevistas aos profissionais de saúde com base num guião elaborado para o efeito, conforme consta no Anexo III – Guião de entrevistas.

3.7 – Tratamento estatístico e análise dos dados

Após recolhidos, os dados obtidos pelo questionário foram posteriormente tratados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 23, por meio de técnicas estatísticas, nomeadamente técnicas de estatística descritiva uni e bivariada (exemplo: tabelas de frequências, tabelas de estatísticas, gráficos de extremos e quartis e histogramas). Além disso, utilizaram-se os seguintes testes do âmbito da estatística inferencial:

- Teste de Shapiro-Wilk, para testar a normalidade das variáveis;
- Teste t de Student, para duas amostras independentes;
- Teste de Mann-Withney, para duas amostras independentes;
- Teste de Kruskal-Wallis, para três amostras independentes;
- Teste ANOVA, para avaliar a diferença entre médias de grupos;
- Coeficiente de correlação de *Spearman*.

Para todos estes testes, foi considerado um limiar de rejeição de 0.05.

As entrevistas realizadas foram sujeitas a uma transcrição, conforme consta no Anexo IV, tendo os dados recolhidos por este meio sido sujeitos a uma análise de conteúdo. Posteriormente, foi efetuado o enquadramento de opinião dos entrevistados aquando da análise das questões e hipóteses de investigação.

3.8 – Caracterização da Unidade que integra o estudo

O Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, fundada no ano de 1984, sediada no concelho de Guimarães (Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, 2016c).

A criação desta Instituição Particular de Solidariedade Social resultou da tomada de consciência, ao longo dos tempos, de que os equipamentos sociais e de saúde desta comunidade, de apoio à Infância/Juventude e Terceira Idade, eram escassos ou reduzidos (Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, 2016c). Esta Instituição veio, assim, dar resposta a estas lacunas, num primeiro momento através da criação das valências de Creche e Pré-Escolar, mais tarde em 2004 com o Serviço de Apoio Domiciliário e em 2007 com a dinamização da Academia Sénior (Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, 2016a). O Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira apresentou, a 27 de outubro de 2008, uma candidatura dirigida à Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. a solicitar apoio financeiro para uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Longa Duração e Manutenção, para 30 utentes. Em janeiro de 2009, o Centro Social viu aprovada a sua candidatura (Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, 2016c). Mais tarde, em 2013, procedeu-se à implementação da valência de Cantina Social (Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, 2016a).

Resultado de uma reflexão coletiva por parte dos colaboradores do Centro Social, foi definido que a sua missão seria: promover o bem-estar e o humanismo das pessoas e ajudá-las no desenvolvimento do seu potencial (Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, 2016a).

No presente, esta instituição conta com a colaboração de 78 profissionais, de diversas categorias profissionais, distribuídos pelas valências referidas, para fazer face aos cerca de 191 utentes a que a organização dá resposta (Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, 2016a). Cada colaborador conhece as suas competências, responsabilidades e atividades a assegurar na instituição, conforme consta no Manual de Funções do Centro Social e cujo objetivo último é que todos eles contribuam para que os objetivos da instituição sejam atingidos (Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, 2016b).

A Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira pretende afirmar-se como uma entidade prestadora de cuidados continuados de qualidade, numa perspetiva de proximidade, e contribuir para a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas com dependência (Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de

Nespereira, 2015). Tem como missão assegurar um conjunto de cuidados de saúde e de apoio social, centrados na recuperação global, que capacitem os seus utentes no sentido de promoção da autonomia e melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através de um processo ativo e contínuo de reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, 2015).

São assegurados os seguintes cuidados na Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, corroborando com o previsto na lei: atividades de manutenção e de estimulação, cuidados de enfermagem diários, cuidados médicos, prescrição e administração de fármacos, apoio psicossocial, controlo fisiátrico periódico, cuidados de fisioterapia e de terapia ocupacional, higiene, conforto e alimentação, apoio no desempenho das atividades da vida diária, apoio nas atividades instrumentais da vida diária e os demais serviços e atividades necessários ao funcionamento da Unidade (Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, 2015).

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

4.1 – Caracterização da amostra

A caracterização da amostra será realizada segundo duas vertentes: análise da distribuição da amostra de acordo com as variáveis sócio-demográficas (Tabela 4) e análise da distribuição da amostra segundo as variáveis sócio-profissionais (Tabela 5).

Relativamente às variáveis que de seguida se mencionam, foram agrupados os itens, isto é, criadas categorias para algumas variáveis, o que equivale a dizer que foram recodificadas, para serem analisadas as diferenças relevantes por grupo, sendo elas: a idade, o estado civil e as habilitações literárias, que integram as variáveis sócio-demográficas; o tempo de serviço e a categoria profissional dizem respeito às variáveis sócio-profissionais. Relativamente às restantes procedeu-se à sua análise conforme a análise descritiva evidenciada.

A amostra do presente estudo é constituída por 44 profissionais de saúde, número correspondente a 56% do total de colaboradores da organização, que participam na prestação de cuidados aos utentes da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, sendo 95.5% do sexo feminino e 4.5% do sexo masculino.

Quanto ao grupo etário verificou-se uma variação entre os 18, idade mínima, e os 51 anos, idade máxima, com uma média de idades nos 30.45 anos. Dos inquiridos, 52.3% têm 30 anos ou mais e 47.7% tem menos de 30 anos. Relativamente ao estado civil, 54.5% dos respondentes são solteiros e 45.5% dos inquiridos são casados ou encontram-se em união de facto. No que toca às habilitações literárias, verificou-se que 70.5% dos inquiridos apresentam habilitações ao nível do ensino superior e 29.5% apresenta habilitações até ao 12º ano.

Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sócio-demográficas

Variáveis de caracterização da amostra	n (n = 44)	%
SEXO		
Masculino	2	4.5
Feminino	42	95.5
GRUPO ETÁRIO		
Até 29 anos	21	47.7
30 anos ou mais	23	52.3
ESTADO CIVIL		
Solteiro/a	24	54.5
Casado/a ou União de facto	20	45.5
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS		
Até ao ensino secundário	13	29.5
Ensino superior	31	70.5

Fonte: Elaboração própria

O tipo de vínculo mais frequente é a prestação de serviços, com uma percentagem correspondente de 45.5%, seguindo-se o contrato por tempo indeterminado (31.8%). De salientar que nesta variável encontramos ainda 11.4% da amostra com contrato de trabalho a termo certo e a mesma percentagem dos inquiridos com outro tipo de vínculo à instituição, nomeadamente voluntariado ou estágio profissional. Quanto ao tempo de serviço verificou-se que 52.3% exercem funções na organização há mais de 3 anos e 47.7% exercem funções há menos de 3 anos. Relativamente às categorias profissionais, optou-se pelo seu agrupamento em Técnicos Psicossociais e Terapeutas, Auxiliares, e Enfermeiros e Médicos, com as percentagens de 22.7%, 31.8% e 45.5%, respetivamente. No que toca ao tipo de horário praticado pelos inquiridos, verificou-se que 72.7% pratica horário rotativo, contrariamente a 27.3% que tem um horário normal (segunda a sexta-feira).

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com as variáveis sócio-profissionais

Variáveis de caracterização da amostra	n (n = 44)	%
TIPO DE VÍNCULO		
Contrato a termo certo	5	11.4
Contrato por tempo indeterminado	14	31.8
Prestação de serviços	20	45.5
Outro	5	11.4
TEMPO DE SERVIÇO		
Até 3 anos	21	47.7
Mais de 3 anos	23	52.3
CATEGORIA PROFISSIONAL		
Técnicos Psicossociais e Terapeutas	10	22.7
Auxiliares	14	31.8
Enfermeiros e Médicos	20	45.5
TIPO DE HORÁRIO		
Normal	12	27.3
Rotativo	32	72.7

Fonte: Elaboração própria

Devido à reduzida dimensão da amostra, achou-se pertinente agrupar os 4 subgrupos da variável tipo de vínculo em apenas 2, tendo como critério a estabilidade, conforme evidencia a Tabela 6. Dos 44 inquiridos, apenas 43.2% possui um tipo de vínculo estável com a empresa, correspondendo aos colaboradores contratados.

Tabela 6 - Tipo de estabilidade do vínculo

		n (n = 44)		%
Tipo de vínculo	Tem um vínculo estável com a empresa?	Sim	19	43.2
		Não	25	56.8

Fonte: Elaboração própria

Saliente-se que, do conjunto de variáveis expostas, não incluiremos a variável sexo no estudo diferencial, em virtude da diminuta percentagem de respondentes do sexo masculino (4.5%, que corresponde a 2 sujeitos).

4.2 – Estatística descritiva

4.2.1 – Escala *Maslach Burnout Inventory* - Profissionais de Saúde

A Escala *Maslach Burnout Inventory* - Profissionais de Saúde utilizada foi constituída por 22 itens, que permitiram avaliar o *burnout* em profissionais de saúde, ao nível das dimensões de exaustão emocional, despersonalização e perda de realização pessoal.

É de salientar que para a análise descritiva relativa à dimensão realização pessoal, as variáveis foram invertidas, de acordo com as indicações de aplicação da escala, tornando-as assim na dimensão de perda de realização pessoal. A Tabela 7 evidencia a re-denominação dessas variáveis, cuja denominação da variável invertida será a que aparecerá na análise descritiva da Escala MBI - PS.

Tabela 7 - Inversão das variáveis da dimensão realização pessoal

Nº item	Item da escala	Denominação da variável invertida
4	Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.	Não posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.
7	Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.	Não lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.
9	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	Não sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.
12	Sinto-me com muita energia.	Não me sinto com muita energia.
17	Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.	Não sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.
18	Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.	Não me sinto cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.
19	Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.	Não realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.
21	No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.	No meu trabalho, não lido muito calmamente com os problemas emocionais.

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 8 apresenta-se a estatística descritiva da referida escala, isto é, para cada um dos itens efetuou-se a apresentação do valor mínimo e do valor máximo da escala de avaliação (0. Nunca a 6. Todos os dias) que foram respondidos, bem como da média e desvio padrão. Efetuou-se a ordenação dos itens da escala por ordem ascendente do valor das médias, de forma a facilitar a interpretação dos resultados. De uma maneira geral, pode verificar-se que os níveis médios de todos os itens de resposta da escala se encontram baixos, isto é, abaixo do nível médio da escala,

definido como 3, com exceção do item 2 que apresenta uma média de 3.25. Para os restantes itens, os valores médios situam-se abaixo do valor médio da escala.

Tabela 8 - Estatística descritiva da Escala MBI - PS

Itens	Nº item	Mínimo	Máximo	Média	DP
Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.	2	0	6	3.25	1.542
Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.	14	0	6	2.59	1.896
No meu trabalho, não lido muito calmamente com os problemas emocionais.	21	0	5	2.52	1.691
Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.	1	0	5	2.36	1.630
Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	3	0	5	2.20	1.424
Trabalhar diretamente com pessoas sujeita-me a demasiado stress.	16	0	6	2.11	1.588
Não me sinto com muita energia.	12	0	5	2.07	1.421
Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.	8	0	6	1.98	1.532
Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.	11	0	5	1.70	1.593
Não lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.	7	0	6	1.59	1.386
Não me sinto cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.	18	0	5	1.52	1.303
Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.	6	0	5	1.34	1.462
Não realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.	19	0	5	1.25	1.366
Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.	13	0	4	1.18	1.317
Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.	10	0	5	1.07	1.437
Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.	20	0	4	1.07	1.108
Não posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.	4	0	6	1.05	1.219
Não sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	9	0	5	1.02	1.171
Não sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.	17	0	5	1.02	1.267
Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	22	0	5	0.77	1.273
Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.	5	0	6	0.66	1.180
Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.	15	0	6	0.41	1.106

Legenda do valor Mínimo e Máximo: 0 (Nunca), 1 (Algumas vezes, ou menos, por ano), 2 (Uma vez, ou menos, por mês), 3 (Algumas vezes por mês), 4 (Uma vez por semana), 5 (Algumas vezes por semana), 6 (Todos os dias); DP – Desvio Padrão.

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 9 é apresentada a estatística descritiva de cada uma das dimensões da escala MBI - PS, onde se verifica que a dimensão com média mais elevada é exaustão emocional, seguindo-se a perda de realização pessoal, com valor intermédio e, por último, a despersonalização, cujo valor médio é o mais baixo. O score médio total da dimensão do *burnout* é de 1.580, numa escala de 0. Nunca a 6. Todos os dias.

Tabela 9 - Estatística descritiva das dimensões da Escala MBI - PS

Dimensões	Observado			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Exaustão emocional (0. nunca a 6. todos os dias)	0.11	5.11	2.028	1.102
Despersonalização (0. nunca a 6. todos os dias)	0.00	3.20	0.932	0.874
Perda de realização pessoal (0. nunca a 6. todos os dias)	0.38	3.38	1.506	0.849
Score do <i>burnout</i> (0. nunca a 6. todos os dias)	0.18	3.00	1.580	0.739

Fonte: Elaboração própria

De forma a obter-se uma visão geral do nível de *burnout* nos profissionais de saúde estudados, apresenta-se seguidamente a Figura 3, com os 22 itens ordenados de forma ascendente, para permitir uma mais fácil interpretação dos níveis de *burnout*. As barras do gráfico foram coloridas em verde e vermelho, sendo que as barras verdes apresentam os itens com nível médio de *burnout* abaixo do nível médio da escala (nível 3), por meio da linha vertical apresentada. A barra que se encontra colorida a vermelho representa que esse item evidencia uma média de *burnout* superior a 3 (na escala de 0 a 6).

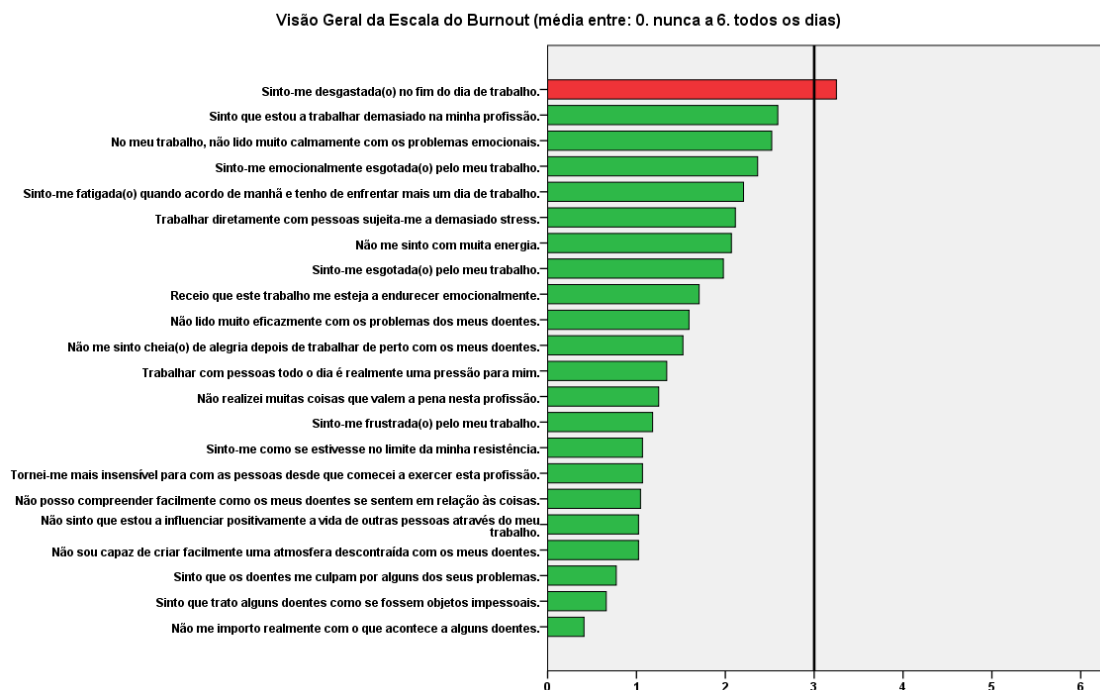


Figura 3 - Visão geral da escala MBI - PS

Fonte: Elaboração própria

4.2.2 – Escala de *Engagement* no Trabalho de Utrecht

A Escala de *Engagement* no Trabalho de Utrecht utilizada foi constituída por 17 itens, que permitiram avaliar o *engagement* em profissionais de saúde, nas suas dimensões de vigor, dedicação e absorção.

Na Tabela 10 apresenta-se a estatística descritiva dos dados obtidos nas dimensões da Escala UWES, que à semelhança da escala anterior, foi ordenada de forma ascendente tendo em conta o valor das médias das respostas. Observou-se que todos os itens apresentaram valores médios superiores a 3, com exceção dos itens 9 e 16, “*Sinto-me feliz quando trabalho intensamente.*” e “*É difícil desligar-me do trabalho.*”, respetivamente, que apresentam valores médios inferiores a 3.

Tendo em conta os valores médios do nível de *engagement* nestes profissionais de saúde, verifica-se que 9 dos 17 itens da Escala UWES apresentam um nível médio igual ou superior a 4, na escala de 0 a 6. Verificou-se ainda que 6 dos 17 itens apresentam médias entre o nível 3 e o nível 4.

Tabela 10 - Estatística descritiva da Escala UWES

Itens	Nº item	Mínimo	Máximo	Média	DP
Eu acho que o trabalho que realizo é cheio de significado e propósito.	2	2	6	4.98	1.045
Sinto-me envolvido com o trabalho que faço.	11	2	6	4.86	1.212
Estou orgulhoso com o trabalho que realizo.	10	2	6	4.73	1.246
No trabalho, sou persistente mesmo quando as coisas não vão bem.	17	2	6	4.36	1.143
No meu trabalho, sou uma pessoa mentalmente resiliente (versátil).	15	2	6	4.32	1.253
O "tempo voa" quando estou a trabalhar.	3	1	6	4.30	1.488
Para mim o meu trabalho é desafiador.	13	0	6	4.30	1.760
Estou entusiasmado com o meu trabalho.	5	2	6	4.14	1.231
O meu trabalho inspira-me.	7	0	6	4.00	1.510
No trabalho, sinto-me com força e vigor (vitalidade).	4	1	6	3.95	1.077
Posso continuar a trabalhar durante longos períodos de tempo.	12	1	6	3.77	1.523
"Deixo-me levar" pelo meu trabalho.	14	0	6	3.77	1.626
No meu trabalho, sinto-me repleto (cheio) de energia.	1	1	6	3.75	1.278
Quando me levanto pela manhã, tenho vontade de ir trabalhar.	8	1	6	3.55	1.337
Quando estou a trabalhar, esqueço tudo o que se passa ao meu redor.	6	0	6	3.27	1.468
Sinto-me feliz quando trabalho intensamente.	9	0	6	2.98	1.635
É difícil desligar-me do trabalho.	16	0	6	2.75	1.601

Legenda do valor Mínimo e Máximo: 0 (Nunca), 1 (Quase sempre), 2 (Às vezes), 3 (Regularmente), 4 (Frequentemente), 5 (Quase sempre), 6 (Sempre); DP – Desvio Padrão.

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 11 é apresentada a estatística descritiva de cada uma das dimensões da Escala UWES, onde se verifica que a dimensão com média mais elevada é a dedicação, seguindo-se o vigor e, por último, a absorção. O score total da dimensão do *engagement* é de 3.987, numa escala de 0. Nunca a 6. Sempre.

Tabela 11 - Estatística descritiva das dimensões da Escala UWES

Dimensões	Observado			
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Vigor (0. nunca a 6. sempre)	1.67	5.83	3.951	0.935
Dedicação (0. nunca a 6. sempre)	2.00	6.00	4.427	1.123
Absorção (0. nunca a 6. sempre)	1.67	5.50	3.655	1.032
Score do <i>engagement</i> (0. nunca a 6. sempre)	2.06	5.76	3.987	0.950

Fonte: Elaboração própria

À semelhança do realizado para a Escala do MBI - PS, evidencia-se abaixo a Figura 4, que permite obter uma visão geral do nível de *engagement* nos profissionais de saúde estudados. Aqui também se apresentam os itens do *engagement* de forma ascendente, tendo em conta o valor das médias. Apresentam-se ainda barras do gráfico coloridas a verde (níveis de *engagement* superiores à média da escala) e barras coloridas a vermelho (níveis de *engagement* que se encontram abaixo do nível médio da escala UWES). De salientar que são apenas 2 os itens que se encontram abaixo do nível médio 3, que se encontra representado pela linha vertical do gráfico.

Visão Geral da Escala do Engagement (média entre: 0. nunca a 6. todos os dias)

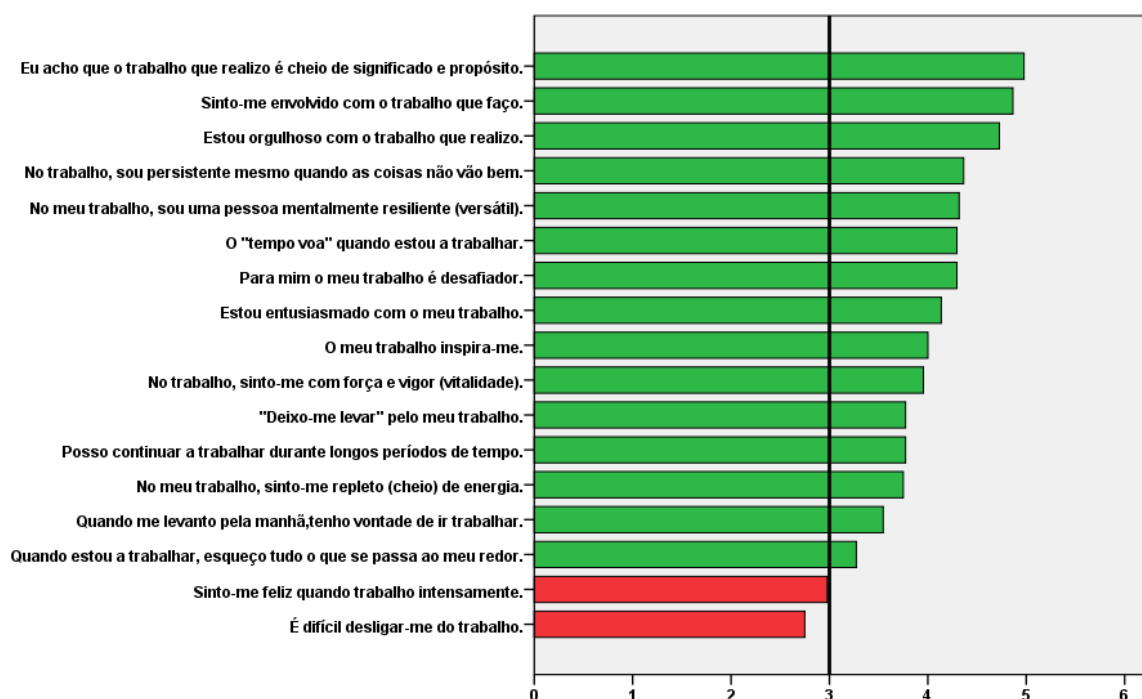


Figura 4 - Visão geral da escala UWES

Fonte: Elaboração própria

4.2.3 – Correlações entre as dimensões da Escala MBI - PS e UWES

Com o intuito de averiguar se as dimensões de cada escala se encontram correlacionadas de forma significativa foi efetuada uma tabela de correlações (Tabela 12), entre as várias dimensões.

Efetuuou-se inicialmente o teste de normalidade dos 8 scores, tendo-se constatado que 3 deles são normais: vigor, exaustão emocional e *burnout*, pelo que as correlações deveriam ser medidas com o coeficiente de *Pearson*. No entanto, ao cruzar dois dos 8 scores, basta que um deles não siga a normalidade para se dever usar o coeficiente de correlação de *Spearman*, tendo-se verificado esta última situação.

Tabela 12 - Correlações de *Spearman* entre as dimensões das escalas MBI - PS e UWES

	Vigor	Dedicação	Absorção	Score do <i>engagement</i>	Exaustão emocional	Despersonalização	Perda de realização pessoal
Vigor	-						
Dedicação	0.870**	-					
Absorção	0.727**	0.708**	-				
Score do <i>engagement</i>	0.942**	0.937**	0.858**	-			
Exaustão emocional	-0.577**	-0.572**	-0.306*	-0.551**	-		
Despersonalização	-0.405**	-0.563**	-0.284	-0.466**	0.449**	-	
Perda de realização pessoal	-0.585**	-0.707**	-0.349*	-0.608**	0.422**	0.538**	-
Score do <i>burnout</i>	-0.664**	-0.760**	-0.401**	-0.679**	0.860**	0.688**	0.748**

*p <0.05; **p <0.01

Fonte: Elaboração própria

Analisando o valor de correlação entre o *burnout* e o *engagement* ($\rho=-0.679$, $p < 0.01$), concluiu-se que as duas variáveis se encontram correlacionadas de forma negativa, e que a relação existente entre elas é moderada.

As dimensões do *engagement*, vigor, dedicação e absorção encontram-se fortemente correlacionadas entre si de forma positiva, dado que o valor da correlação é superior a 0.7. O coeficiente de correlação varia no intervalo entre -1 e 1, em que entre -1 e 0 a relação é negativa e entre 0 e 1 é positiva (Silvestre, 2007). Pestana e Gageiro (2005) sugerem que uma correlação menor que 0,2 indica uma associação muito baixa; entre 0,2 e 0,39, baixa; entre 0,4 e 0,69, moderada; entre 0,7 e 0,89, alta; e, por fim, entre 0,9 e 1, uma associação muito alta.

Relativamente à análise das dimensões do *burnout*, constatou-se que a exaustão emocional, a despersonalização e a perda de realização pessoal se encontram correlacionadas de forma positiva, numa relação fraca a moderada.

Correlacionando as dimensões do *engagement* com as dimensões do *burnout*, verificou-se que todas elas se encontram relacionadas de forma negativa (relação fraca a moderada). Da mesma forma, o score do *engagement* encontra-se negativamente correlacionado com as dimensões do *burnout*, o mesmo acontecendo para a correlação entre o score do *burnout* e as dimensões do *engagement*.

4.3 – Estatística inferencial

4.3.1 – O *Burnout* e as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais

De forma a averiguar se existe relação entre o *burnout* e as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais, foi efetuada a análise inferencial com base nos dados da estatística descritiva, conforme consta na Tabela 13.

Relativamente às variáveis em causa (grupo etário, estado civil, habilitações literárias, estabilidade de vínculo, tempo de serviço, categoria profissional e tipo de horário) constatou-se que existem diferenças entre as médias dos scores de *burnout*, pelo que se procedeu a uma análise de estatística inferencial, descrita seguidamente.

Tabela 13 - Análise descritiva do score de *burnout* (média) e as variáveis

Variáveis			Média	Desvio padrão
Variáveis sócio-demográficas	Grupo etário	Até 29 anos	1.461	0.745
		30 anos ou mais	1.688	0.734
	Estado civil	Solteiro/a	1.623	0.739
		Casado/a ou União de facto	1.527	0.756
	Habilitações literárias	Até ao ensino secundário	1.832	0.729
		Ensino superior	1.474	0.730
Variáveis sócio-profissionais	Estabilidade de vínculo	Sim	1.624	0.802
		Não	1.545	0.703
	Tempo de serviço	Até 3 anos	1.344	0.756
		Mais de 3 anos	1.794	0.669
	Categoria profissional	Técnicos Psicossociais e Terapeutas	1.300	0.702
		Auxiliares	1.857	0.706
		Enfermeiros e Médicos	1.525	0.750
	Tipo de horário	Normal	1.299	0.784
		Rotativo	1.685	0.706

Fonte: Elaboração própria

4.3.1.1 – Grupo etário, Estado civil, Estabilidade de vínculo, Habilitações literárias, Tempo de serviço e Tipo de horário

Para estas variáveis, após comparação de médias significativamente diferentes, foi realizado o Teste de Normalidade, onde se analisaram os valores de Shapiro-Wilk, tendo-se concluído que para todas elas, as variáveis apresentaram uma distribuição normal, ou seja, $p > 0.05$. Seguidamente, foi realizado o Teste t de Student, para 2 amostras independentes, dos quais se inferiu que não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupo etário ($t=0.315$; $p > 0.05$), estado civil ($t=0.674$; $p > 0.05$), estabilidade de vínculo ($t=0.730$; $p > 0.05$), habilitações literárias ($t=0.144$; $p > 0.05$) e tipo de horário ($t=0.125$; $p > 0.05$) no que diz respeito ao *burnout*, dado que o valor de p é superior a 0.05 para todas estas variáveis. No entanto, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos considerados para a variáveis tempo de serviço em relação ao *burnout* ($t=0.042$; $p < 0.05$), isto é, os profissionais mais antigos no serviço apresentam níveis superiores de *burnout* do que os profissionais mais recentes no serviço.

Em relação às variáveis grupo etário, estado civil, estabilidade de vínculo, habilitações literárias e tipo de horário podemos dizer que, apesar de não encontrarmos diferenças significativas:

- Os trabalhadores com 30 anos ou mais apresentam tendencialmente níveis médios de *burnout* superiores aos trabalhadores que têm até 29 anos;
- Os colaboradores solteiros apresentam tendencialmente níveis médios de *burnout* superiores aos colaboradores casados ou em união de facto;
- Os trabalhadores que apresentam estabilidade de vínculo com a empresa têm tendência a evidenciar níveis médios de *burnout* superiores aos trabalhadores que não apresentam estabilidade de vínculo;
- Os inquiridos com habilitações literárias até ao ensino secundário apresentam um nível de *burnout* tendencialmente superior aos inquiridos com ensino superior;
- Colaboradores que trabalham num horário rotativo apresentam níveis de *burnout* tendencialmente superiores aos colaboradores que têm um tipo de horário normal, isto é, de segunda a sexta feira.

4.3.1.2 – Categoria profissional

Começamos por realizar o Teste de Normalidade, através do teste de Shapiro-Wilk, tendo-se concluído que a variável seguia uma distribuição normal, ou seja, $p > 0.05$. Sendo assim, foi realizado o teste ANOVA entre os 3 grupos, pelo que se concluiu que não existem diferenças estatisticamente significativas de nível de *burnout* entre os grupos analisados ($F=0.174$; $p > 0.05$).

4.3.2 – O *Engagement* e as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais

De forma a averiguar diferenças entre os grupos considerados para as diversas variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais e o *engagement*, foi efetuada a análise descritiva conforme consta na Tabela 14.

Tabela 14 - Análise descritiva do score de *engagement* (média) e as variáveis

Variável		Média	Desvio padrão	
Variáveis sócio-demográficas	Grupo etário	Até 29 anos	4.104	0.848
		30 anos ou mais	3.880	1.042
	Estado civil	Solteiro/a	3.939	0.984
		Casado/a ou União de facto	4.044	0.929
	Habilitações literárias	Até ao ensino secundário	3.833	1.082
		Ensino superior	4.051	0.900
Variáveis sócio-profissionais	Estabilidade de vínculo	Sim	4.068	0.829
		Não	3.925	1.045
	Tempo de serviço	Até 3 anos	4.132	0.972
		Mais de 3 anos	3.854	0.931
	Categoria profissional	Técnicos Psicossociais e Terapeutas	4.524	0.720
		Auxiliares	3.840	1.040
		Enfermeiros e Médicos	3.821	0.928
	Tipo de horário	Normal	4.422	0.876
		Rotativo	3.842	0.937

Fonte: Elaboração própria

A comparação dos resultados desta tabela levou-nos a decidir pela realização de uma análise de estatística inferencial, que se descreve seguidamente.

4.3.2.1 – Grupo etário e Habilitações literárias

Começamos por realizar o teste de Shapiro-Wilk com o objetivo de avaliar a Normalidade da distribuição, tendo-se concluído que ambas as variáveis apresentaram uma distribuição normal, ou seja, $p > 0.05$. Seguidamente, foi realizado o Teste t de Student, para 2 amostras independentes, do qual se inferiu que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários no que diz respeito ao nível de *engagement* ($t = 0.441$; $p > 0.05$). Apesar da não existência de diferenças significativas entre os dois grupos, os valores do *engagement* são tendencialmente superiores para o grupo etário até aos 29 anos em relação aos restantes sujeitos.

A realização do mesmo teste permitiu-nos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas de nível de *engagement* entre os dois grupos de habilitações literárias considerados ($t = 0.493$; $p > 0.05$). Não obstante, os inquiridos com habilitações ao nível do ensino superior tendem a evidenciar maior nível de *engagement*.

4.3.2.2 – Estado civil, Estabilidade de vínculo, Tempo de serviço e Tipo de horário

Dadas as diferenças de médias de score de *engagement* verificadas nos diferentes grupos destas variáveis, decidiu-se realizar o teste da normalidade das variáveis, recorrendo ao procedimento estatístico já anteriormente descrito, concluindo-se que as variáveis não apresentavam distribuição normal, dado que $p < 0.05$. Em consequência deste resultado, realizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, para duas amostras independentes, o que permitiu concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos considerados para o estado civil e o nível

de *engagement* ($U=0.654$; $p>0.05$). O mesmo se concluiu para os dois grupos considerados para as variáveis estabilidade de vínculo ($U=0.722$; $p>0.05$), tempo de serviço ($U=0.259$; $p>0.05$) e tipo de horário ($U=0.053$; $p>0.05$).

Em relação às variáveis estado civil, estabilidade de vínculo, tempo de serviço e tipo de horário podemos referir, apesar de não encontrarmos diferenças significativas, que:

- Os inquiridos casados ou em união de facto apresentam um nível de *engagement* tendencialmente superior aos solteiros;
- Os inquiridos com estabilidade de vínculo têm tendência a evidenciar níveis de *engagement* superiores aos trabalhadores que não apresentam estabilidade de vínculo;
- Os inquiridos com menos tempo de serviço apresentam um nível de *engagement* tendencialmente superior aos que desempenham funções há mais anos;
- Os colaboradores com horário rotativo apresentam níveis de *engagement* tendencialmente inferiores aos colaboradores que têm um tipo de horário normal.

4.3.2.3 – Categoria profissional

Analisando os dados referentes às três categorias profissionais verificou-se que são os Enfermeiros e Médicos que apresentam um menor nível de *engagement* ($M=3.821$; $DP=0.928$), seguindo-se os auxiliares ($M=3.840$; $DP=1.040$) e, por último, com níveis mais elevados de *engagement*, os Técnicos Psicossociais e Terapeutas ($M=4.524$; $DP=0.720$).

Começamos por realizar o teste para avaliar a normalidade da variável, concluindo-se que a variável não apresentava distribuição normal, pois $p<0.05$. Sendo assim, escolheu-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, para 3 amostras independentes que não seguem a distribuição normal, o que permitiu concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes 3 grupos de categoria profissional em relação ao nível de *engagement* ($K=0.170$; $p>0.05$).

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os resultados obtidos nas Escalas MBI - PS e UWES e a análise de conteúdo das entrevistas realizadas foram utilizados para determinar os níveis de *burnout* e *engagement* nos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, para constatar a relação entre estes mesmos construtos e para avaliar a existência de relação desses fenómenos com as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais presentes no questionário.

Para uma melhor compreensão dos resultados, os mesmos serão discutidos por ordem de apresentação das questões e hipóteses inicialmente definidas, de forma a dar resposta aos objetivos delineados.

De salientar que não realizamos estudos diferenciais incluindo a variável sexo, uma vez que só existiram 2 inquiridos do sexo masculino para efetuar comparações com os 42 inquiridos do sexo feminino.

Q1 - Existem elevados níveis de *burnout* nos profissionais de saúde?

Tendo em conta os dados analisados, verificou-se que os profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção de Nespereira apresentam baixos níveis de *burnout*, dado que o score médio total da dimensão do *burnout* é de 1.580, numa escala de 0 a 6. Todos os itens da escala, com exceção de um, o item 2 “Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.”, encontram-se abaixo do nível médio de score da escala. Refira-se, no entanto, que o valor médio do referido item é de 3.25, o que não ultrapassa largamente o valor médio da escala.

O fenómeno *burnout* tornou-se onnipresente no quotidiano dos trabalhadores e consequentemente nas organizações (Young et al, 2016). A investigação demonstra-nos também que os profissionais da área da saúde experimentaram níveis moderados a altos de *burnout* do trabalho (França et al., 2012; Silva et al., 2015; Thomas et al., 2014), o que não é corroborado com o evidenciado pelo presente estudo. Apesar de se encontrar num nível baixo, a presença de *burnout* nos profissionais em estudo pode dever-se a toda a carga física e emocional com a qual contactam diariamente, quer com os cuidados inerentes aos utentes internados, quer com as solicitações dos seus familiares e, ainda, tendo em conta a elevada carga de trabalho associada a cada uma das categorias profissionais. Apesar disto, nesta unidade de saúde encontraram-se baixos níveis de *burnout* que se poderão dever ao facto de existir um grande espírito de companheirismo, entre-ajuda, trabalho em equipa e comunicação entre os profissionais. Verifica-se ainda um bom ambiente de trabalho e também uma preocupação por parte da organização que permite aos colaboradores alguma autonomia no desempenho das suas funções, como por exemplo, se noutras organizações é imprescindível a existência de uma prescrição para a introdução ou remoção de determinado dispositivo médico, nesta organização os profissionais têm

autonomia para o fazer, dada a presença permanente de profissionais de determinadas categorias. Outro exemplo é explanado: se existe um técnico especializado em determinado procedimento, mas se não está presente em determinado momento do turno e se outro profissional de saúde considera pertinente a execução desse mesmo procedimento no utente, este último tem autonomia para o realizar, comunicando os resultados posteriormente ao técnico em causa.

Saliente-se que, como estratégia preventiva do *burnout* e corroborando com o defendido por França et al. (2014), a organização implementou a prática diária de ginástica laboral, em cinco dias na semana, durante 10 minutos do período de trabalho, com boa adesão por parte dos profissionais.

Atendendo a alguma surpresa com os resultados obtidos, optamos por triangular estes resultados com a realização de algumas entrevistas de profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados de Nespereira. Confrontamos estes profissionais com os resultados, tendo-lhes sido pedidas possíveis explicações.

Alguns dos colaboradores referiram como possível explicação o facto de o forte espírito de equipa existente entre os profissionais de saúde funcionar como um amortecedor (*buffer*) do stresse e, consequentemente, do *burnout*:

João: “(...) com o facto de ser uma equipa jovem. (...) Também está relacionado com o trabalho em equipa, (...)”

Margarida: “(...) a colaboração entre todos os profissionais da equipa.”

A acrescentar a este surge o argumento da forte motivação da equipa:

João: “Acho que tem a ver com a motivação da equipa (...)”

Carolina: “Talvez o gosto pela profissão, pelo que estão a desempenhar; o facto de para algumas pessoas este ser o primeiro local em que existe um primeiro contacto com a área da saúde e este ser um local que nos trás uma boa experiência profissional.”

Margarida: “Eu acho que há vários fatores: a satisfação com que o trabalho é feito (...)”

A estreita relação existente com as chefias é também, na opinião dos colaboradores entrevistados, um fator inibidor do *burnout*:

Carolina: “(...) Além disso, temos uma chefe que olha pelos nossos interesses e que está sempre a ouvir-nos, por exemplo através das reuniões que se realizam periodicamente, questionando se o profissional se sente bem enquadrado, como se sentem os profissionais enquanto equipa, como é que o trabalho flui.”

João: “(...) existe uma proximidade entre a equipa de profissionais de saúde e a chefia.”

Teresa: “Pode ser explicado pelo acompanhamento dado pela chefia, tanto da enfermeira-chefe como da direção técnica, pois acho que nos acompanham e estão sempre prontos para nos ajudar se tivermos problemas pessoais ou profissionais.”

Margarida: “Eu acho que há vários fatores (...) o entendimento das chefias.”

Para além destes fatores, a relação com os utentes é também apresentada por uma das colaboradoras entrevistadas:

Rita: “Possivelmente é explicado por todo o contexto laboral aqui ser favorável, nomeadamente a relação dos profissionais com os utentes e com as famílias é positiva e isso promove um trabalho mais fluído e positivo.”

Por fim, são ainda destacadas algumas características da função e a forma como as tarefas são planeadas como fatores que contribuirão para o baixo nível de *burnout* encontrado:

Maria: “(...) os utentes encontram-se normalmente estáveis e descompensam poucas vezes.”

Maria: “(...) as tarefas são planeadas, onde existem poucos imprevistos e quando esses existem normalmente temos sempre o apoio dos colegas (...); as admissões e as altas são sempre programadas.”

Na Tabela 15 é realizada uma síntese dos motivos recolhidos pelas entrevistas, que justificam os baixos níveis de *burnout* nos profissionais da Unidade de Cuidados Continuados de Nespereira.

Tabela 15 - Quadro-Síntese dos motivos que justificam os níveis baixos de *burnout* da equipa

Tópicos	Referências
Espírito de equipa	João: “(...) com o facto de ser uma equipa jovem. (...) Também está relacionado com o trabalho em equipa, (...)” Margarida: “(...) a colaboração entre todos os profissionais da equipa.”
Motivação da equipa	João: “Acho que tem a ver com a motivação da equipa (...)” Carolina: “Talvez o gosto pela profissão, pelo que estão a desempenhar; o facto de para algumas pessoas este ser o primeiro local em que existe um primeiro contacto com a área da saúde e este ser um local que nos trás uma boa experiência profissional.” Margarida: “Eu acho que há vários fatores: a satisfação com que o trabalho é feito (...)”
Relação com a chefia	Carolina: “(...) Além disso, temos uma chefe que olha pelos nossos interesses e que está sempre a ouvir-nos, por exemplo através das reuniões que se realizam periodicamente, questionando se o profissional se sente bem enquadrado, como se sentem os profissionais enquanto equipa, como é que o trabalho flui.” João: “(...) existe uma proximidade entre a equipa de profissionais de saúde e a chefia.” Teresa: “Pode ser explicado pelo acompanhamento dado pela chefia, tanto da enfermeira-chefe como da direção técnica, pois acho que nos acompanham e estão sempre prontos para nos ajudar se tivermos problemas pessoais ou profissionais.” Margarida: “Eu acho que há vários fatores (...) o entendimento das chefias.”
Relação com os doentes	Rita: “Possivelmente é explicado por todo o contexto laboral aqui ser favorável, nomeadamente a relação dos profissionais com os utentes e com as famílias é positiva e isso promove um trabalho mais fluído e positivo.”
Características da função e seu planeamento	Maria: “(...) os utentes encontram-se normalmente estáveis e descompensam poucas vezes.” Maria: “(...) as tarefas são planeadas, onde existem poucos imprevistos e quando esses existem normalmente temos sempre o apoio dos colegas (...); as admissões e as altas são sempre programadas.”

Fonte: Elaboração própria

Por outro lado, os entrevistados, quanto ao item “Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.”, consideram que existe quer um desgaste físico quer um desgaste emocional por parte dos profissionais, cujo desgaste físico pode dever-se às características da atividade e o desgaste emocional poderá estar relacionado com a relação com os utentes e seus familiares, como se poderá constatar pelo recurso aos discursos dos entrevistados:

Maria: “Eu pessoalmente não, mas acredito que aqui a maior parte dos profissionais sim, porque usamos muito do nosso tempo e do nosso empenho em posicionamentos, transferências, e isso acaba por ser desgastante.”

João: “(...) a exaustão emocional é mais frequente, logo ao final do dia sinto-me mais exausto, nem é a nível físico, mas mais emocional, há um desgaste, um cansaço até psicológico, às vezes um pouco de falta de paciência, irritação ou stresse por causa deste desgaste emocional que ocorre ao longo do turno.”

Carolina: “(...) temos doentes que precisam mais da nossa atenção, que são mais apelativos. E também por causa das famílias, que são muito muito apelativas. (...) requer esforço físico.”

Teresa: “Sim, chego ao final do dia desgastada e tenho aquela necessidade de descansar para me preparar para o dia seguinte, quer pelos treinos de marcha, transferências, mobilizações, treinos de ortostatismo que realizo no dia a dia.”

Margarida: “Não me sinto cansada pelo tipo de trabalho que realizo aqui, pois não estou cá muitas horas. Mas entendo que assim o seja, no que toca aos turnos, acredito que para eles o fim do dia seja muito mais cansativo.”

Rita: “Na maior parte dos dias não, sinto-me mais satisfeita do que desgastada.”

Concluiu-se, ainda, que a dimensão com média mais elevada é a exaustão emocional, seguindo-se a perda de realização pessoal, com valor intermédio e, por último, a despersonalização, cujo valor médio é o mais baixo.

Segundo alguns estudos, a dimensão da exaustão emocional continua a emergir como o indicador mais robusto, nos cuidados de saúde (Maslach & Leiter, 2014a); os enfermeiros hospitalares e de centros de saúde portugueses evidenciam elevados índices de exaustão emocional (Gomes et al., 2009); nos enfermeiros de um hospital do Recife verificou-se que metade dos profissionais apresentava altos níveis de exaustão emocional (Galindo et al., 2012), o que vem reforçar a inferência deste estudo. A nossa conclusão é ainda corroborada por um estudo que refere que a exaustão emocional foi a que apresentou valor médio mais elevado em enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, no Hospital Universitário de Minas Gerais (Neves et al., 2014).

Estudos de Galindo et al. (2012) contrariam as nossas conclusões, pois detetaram menores níveis de despersonalização e níveis mais baixos de realização pessoal.

Por seu lado, Sá et al. (2014), num estudo realizado em enfermeiros de um hospital público no Brasil, os dados sobre o *burnout* evidenciaram baixos níveis de exaustão emocional e

despersonalização e altos índices de realização pessoal, opinião esta também partilhada por Rissardo e Gasparino (2013), facto que não comprova o verificado neste trabalho.

Relativamente às Unidades de Cuidados Continuados foram apenas três os estudos que se encontraram. Um estudo realizado nas Unidades de Cuidados Continuados de Média e Longa Duração do Norte do país evidenciou que os enfermeiros apresentam um nível moderado de *burnout* (Alves, Batista, & Pimentel, 2013), contrariamente ao verificado no nosso estudo. Num outro estudo realizado no âmbito dos Cuidados Continuados, avaliando o nível de *burnout* dos enfermeiros, verificou-se que os inquiridos apresentavam um baixo nível de *burnout*, existindo uma menor despersonalização comparativamente com a exaustão emocional (Baptista, Galvão, & Alves, 2015), facto que corrobora com o presente estudo. Por último, de um estudo realizado por Alves (2012), aos enfermeiros de uma Unidade de Cuidados Continuados, concluiu-se que os inquiridos apresentavam um nível médio de *burnout*, o que se opõe ao presente estudo; foram encontradas correlações significativas entre o *burnout* e as variáveis idade, sexo e tempo de serviço, o que no nosso estudo apenas se verifica com a variável tempo de serviço.

As razões referidas pelos entrevistados da Unidade, para o facto da dimensão da exaustão emocional ser a mais valorizada, prende-se com o grau de dependência dos doentes e patologias das quais decorrem períodos de desorientação, situação exigente para os profissionais de saúde; por outro lado, a natureza da atividade torna-se bastante exigente no que respeita à gestão das emoções dos profissionais. Recorremos de seguida ao discurso dos entrevistados para demonstrar estas conclusões:

Maria: “(...) tem muito a ver com o tipo de utentes, porque são utentes mais dependentes, onde é preciso muito energia física, onde nos desgastamos de forma física, e até emocional muitas vezes, porque lidamos com utentes com demências, por exemplo, ou desorientados, o que gasta muito do nosso tempo, da nossa energia, das nossas emoções. Em relação à despersonalização, aqui realmente não ocorre, uma vez que os utentes passam muito tempo connosco e nós vamos tendo um maior carinho com eles.”

João: “(...) quando trabalhamos com pessoas é difícil gerir as emoções, logo facilmente somos alterados no foro emocional e daí, sofrermos uma exaustão, quer seja no final do turno, quer seja ao final da semana, dependendo das situações, dependendo dos utentes, dependendo das famílias, mas sem dúvida que a parte emocional é a mais afetada, pelo menos é aquilo que eu sinto aqui na instituição. Quanto à despersonalização, isso não acontece, porque nós temos aqui internamentos mais prolongados, e há uma maior proximidade com o utente, (...). Relativamente à baixa realização profissional, tendo em conta que existe um baixo *burnout* se calhar também não existe uma baixa realização profissional tendo em conta que o profissional também está motivado.”

Carolina: “Acontece sim, quando existem colegas novos na equipa e temos de supervisionar o trabalho que eles fazem, aí sim, ao fim do dia estamos mais cansados.”

Teresa: “(...) este é um trabalho muito físico, o que nos provoca muita exaustão e chegamos ao final do dia muito cansados; temos de estar sempre disponíveis e abertos para ajudar porque as pessoas precisam de nós. Aqui não assisto a situações desagradáveis que se possam apontar sobre qualquer profissional, em relação ao tratamento dos doentes.”

Margarida: “Portanto falando por mim, acho que é mesmo a exaustão, sinto-me cansada, desgastada, mas acho que os outros não têm de padecer pelo meu cansaço.”

Rita: “Penso que a exaustão emocional é a mais adequada a este contexto, porque as outras duas não são aqui visíveis, não se constata. No caso da exaustão, considero que ao longo do dia aqui existe um desgaste.”

Q2 - Existem níveis médios de *engagement* nos profissionais de saúde?

De acordo com os resultados obtidos nesta investigação, constatou-se que os profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira apresentam níveis acima da média de *engagement* (3.987 numa escala de 0. Nunca a 6. Sempre), sendo parcialmente atestado pelos estudos que referem valores de *engagement* médios a elevados entre os participantes inquiridos (Pinto et al., 2015). A nossa evidência não vai ao encontro do referido por Dias e Queirós (2011), que referem que os níveis de *engagement* nos enfermeiros em Portugal são moderados. Constatou-se que estes níveis de *engagement* são imprescindíveis para um adequado desenvolvimento da prática clínica dos profissionais (Arrogante et al., 2016), dado que estamos a falar de atividades profissionais com carácter correlacional e humanístico.

Junto dos profissionais de saúde, por meio das entrevistas, constatou-se que estes consideram que os elevados níveis de *engagement* podem ser explicados pela organização da instituição e a vontade que as chefias demonstram em envolver os profissionais no quotidiano da instituição:

Maria: “Na minha opinião, vai muito ao encontro da organização da instituição e com a própria direção e com a nossa chefia, que na maior parte das vezes pergunta a nossa opinião pessoal sobre muitos dos aspetos, quase sobre tudo do nosso dia-a-dia, onde temos sempre uma opinião que é tomada em consideração e acabamos por nos sentir envolvidos também com a instituição.”

Teresa: “Pela direção, pela chefia, que nos ajuda e está sempre presente para nos dar esse apoio que precisamos e também nos envolve no serviço e nos explica o que fazemos de bem ou menos bem para tentarmos melhorar as coisas que fazemos de menos bem, dizendo-nos diariamente ou periodicamente nas avaliações de desempenho, onde temos a oportunidade de discutir isso.”

Por outro lado, os profissionais entrevistados apontam o facto de a instituição ser pequena e permitir uma relação mais próxima entre todos os profissionais, o que aumenta a vontade, a força e a motivação dos profissionais, como fator explicativo dos elevados níveis de *engagement*:

João: “(...) Além disso, o facto de vestirmos a camisola, de sermos uma instituição pequena, de haver uma relação mais próxima entre todos os profissionais que aqui trabalham, fortifica-nos e criamos alguma confiança, algum conforto, que nos leva a ter mais vontade, mais força e mais motivação.”

Carolina: “(...) O facto de nos relacionarmos há já cinco anos, aqui no trabalho, faz com que nos conheçamos melhor.”

Rita: “Se existe uma boa relação, e que evita a fadiga e o esgotamento, isso também vai proporcionar uma maior satisfação nos profissionais, um maior prazer em trabalhar.”

São ainda referidos pelos colaboradores da Unidade, o ambiente de trabalho e o espírito de equipa que se fazem sentir no seio da instituição:

João: “Eu penso que está relacionado com a auto-motivação que cada um tem, e tem a ver com a cooperação do trabalho em equipa, o que nos motiva a trabalhar (...).”

Carolina: “O trabalho de equipa é bastante bom e só isso é compensatório (...).”

Por último, a relação com os doentes e famílias é também apresentada como razão explicativa para os elevados níveis de *engagement*:

Margarida: “Acho que aqui na unidade se acaba por criar uma relação empática, criamos laços com os utentes, tendo em conta que grande parte dos internamentos são prolongados. Acho que o nosso envolvimento aumenta tendo em conta a relação que temos com as pessoas, com os utentes, com as famílias e dá mais paixão trabalhar desta forma, com este envolvimento.”

Na Tabela 16 é realizada uma síntese dos motivos recolhidos por meio das entrevistas, que justificam os elevados níveis de *engagement* nos profissionais da Unidade de Cuidados Continuados de Nespereira.

Tabela 16 - Quadro-Síntese dos motivos que justificam os níveis elevados de *engagement* da equipa

Tópicos	Referências
Organização da instituição e envolvimento dos profissionais pelas chefias	<p>Maria: “Na minha opinião, vai muito ao encontro da organização da instituição e com a própria direção e com a nossa chefia, que na maior parte das vezes pergunta a nossa opinião pessoal sobre muitos dos aspetos, quase sobre tudo do nosso dia-a-dia, onde temos sempre uma opinião que é tomada em consideração e acabamos por nos sentir envolvidos também com a instituição.”</p> <p>Teresa: “Pela direção, pela chefia, que nos ajuda e está sempre presente para nos dar esse apoio que precisamos e também nos envolve no serviço e nos explica o que fazemos de bem ou menos bem para tentarmos melhorar as coisas que fazemos de menos bem, dizendo-nos diariamente ou periodicamente nas avaliações de desempenho, onde temos a oportunidade de discutir isso.”</p>
Dimensão da instituição e relação entre os profissionais	<p>João: “(...) Além disso, o facto de vestirmos a camisola, de sermos uma instituição pequena, de haver uma relação mais próxima entre todos os profissionais que aqui trabalham, fortifica-nos e criamos alguma confiança, algum conforto, que nos leva a ter mais vontade, mais força e mais motivação.”</p> <p>Carolina: “(...) O facto de nos relacionarmos há já cinco anos, aqui no trabalho, faz com que nos conheçamos melhor.”</p> <p>Rita: “Se existe uma boa relação, e que evita a fadiga e o esgotamento, isso também vai proporcionar uma maior satisfação nos profissionais, um maior prazer em trabalhar.”</p>
Ambiente de trabalho e espírito de equipa	<p>João: “Eu penso que está relacionado com a auto-motivação que cada um tem, e tem a ver com a cooperação do trabalho em equipa, o que nos motiva a trabalhar (...).”</p> <p>Carolina: “O trabalho de equipa é bastante bom e só isso é compensatório (...).”</p>
Relação com os doentes e famílias	<p>Margarida: “Acho que aqui na unidade se acaba por criar uma relação empática, criamos laços com os utentes, tendo em conta que grande parte dos internamentos são prolongados. Acho que o nosso envolvimento aumenta tendo em conta a relação que temos com as pessoas, com os utentes, com as famílias e dá mais paixão trabalhar desta forma, com este envolvimento.”</p>

Fonte: Elaboração própria

É ainda de ressaltar a preocupação por parte das chefias da organização, nomeadamente da enfermeira-chefe e da diretora técnica, que muitas vezes, por meio de e-mail, nos fazem chegar palavras de incentivo, o que aumenta o envolvimento dos profissionais de saúde. Esta situação ocorre quando, por exemplo, algum utente tem alta após boa recuperação, ou quando algum utente morre, e o próprio ou os seus familiares dirigem palavras de agradecimento pelos cuidados prestados pela equipa às entidades acima referidas, que consideram uma mais valia a sua partilha com a restante equipa. Desta forma, os profissionais sentem que o seu trabalho foi reconhecido.

Concluiu-se ainda que os profissionais que participaram nesta investigação se encontram, por ordem ascendente, dedicados, vigorosos e absorvidos no trabalho que realizam.

Em Portugal, um estudo com profissionais de saúde demonstrou médias elevadas para todas as dimensões do *engagement*, com destaque para a dedicação (Silva et al., 2015), sendo esta premissa coincidente com a do nosso estudo.

Ortiz e Jaramillo (2013), em relação aos resultados da avaliação do *engagement* no trabalho aos profissionais numa organização de saúde privada da Colômbia encontraram uma alta pontuação nos domínios de vigor e dedicação, sendo esta hipótese concordante com o nosso estudo, dado que também foram as dimensões mais valorizadas pelos profissionais.

Com níveis médios de scores das três dimensões de *engagement* a oscilar entre os 3.655 e os 4.427, podemos ser consistentes com a literatura ao referir que nesta organização existem colaboradores que trabalham arduamente (vigor), que estão envolvidos (dedicação), e que se sentem felizes e absorvidos (absorvidos) no seu trabalho (Silva et al., 2008).

É de salientar que o item que evidenciou uma média mais baixa foi o item “*É difícil desligar-me do trabalho*” e o item mais valorizado foi “Eu acho que o trabalho que realizo é cheio de significado e propósito”. O item que obteve uma média mais baixa pode ser facilmente explicado porque para os profissionais de saúde, trabalhar com a doença e os sentimentos nela envolvidos é um processo desgastante, fazendo-se necessários mecanismos de defesa conscientes ou não para que a doença e o sofrimento do outro não interfiram na saúde psíquica e física do profissional (Bomfim, 2013). No entanto, na nossa prática clínica, verifica-se que muitas das situações vivenciadas no local de trabalho são refletidas individualmente, em casa, quando percebemos que o que acontece de mal aos outros também nos poderá acontecer a nós. Exercer funções na área da saúde pauta-se por exercer uma sobrecarga física, cognitiva e emocional sobre os profissionais de saúde (Ebling & Carlotto, 2012), o que é plenamente certificado por este item.

Quanto ao item, “Eu acho que o trabalho que realizo é cheio de significado e propósito”, item relativo à dedicação, ele é corroborado por diversos autores ao mencionarem que alguém dedicado se encontra entusiasmado, inspirado, orgulhoso, desafiado e realiza as coisas com significado (Bakker et al., 2006; Correia, 2012; Porto-Martins et al., 2013; Shaufeli & Salanova, 2007). Conclui-se que os inquiridos do presente estudo encontram uma efetiva conexão com o seu trabalho (Shaufeli & Salanova, 2007). Desta feita, confirma-se a presente hipótese.

H1 – Existe relação entre os níveis de *burnout* e os níveis de *engagement* nos profissionais de saúde.

A presente hipótese foi confirmada pelo nosso estudo já que, analisando o valor da correlação entre o *burnout* e o *engagement* ($\rho=-0.679$), concluiu-se que as duas variáveis se correlacionam de forma negativa, e que a relação existente entre elas é moderada. Schaufeli e Bakker (2004) referem que o *burnout* e o *engagement* são considerados independentes, e negativamente mas não perfeitamente relacionados, ideia comprovada pelo presente trabalho dado que a relação entre ambos os construtos é moderada. Esta ideia é certificada por estudos que dizem que quando se evidenciam baixos níveis de *burnout* no trabalho, não se pode concluir implicitamente que os níveis de *engagement* serão elevados (Bakker et al., 2006).

Schaufeli e Bakker (2004) referem ainda que a avaliação destes fenómenos deve ser feita medindo o *burnout* e o *engagement* de forma independente, isto é, usando diferentes instrumentos, sugestão que acatamos na realização deste estudo. A mesma ideia é partilhada por Bakker et al. (2006).

H2 - Existem diferenças de nível de *burnout* de acordo com as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais.

Quanto à análise da relação do *burnout* com as variáveis grupo etário, estado civil, habilitações literárias, tipo de vínculo, categoria profissional e tipo de horário não se encontraram diferenças estatisticamente significativas que nos permitam inferir que há diferenças entre os grupos considerados para estas variáveis no que diz respeito aos níveis de *burnout*. No entanto, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos considerados para a variável tempo de serviço, sendo que indivíduos com menos tempo de serviço apresentam valores mais baixos de *burnout*, facto que pode dever-se a um período inferior de tempo de sobrecarga quer física quer emocional, tendo em conta o trabalho desenvolvido na relação direta com utentes e familiares. Desta forma, apenas se confirma em parte esta hipótese.

No que diz respeito à idade, a literatura evidencia resultados contraditórios relativamente a esta relação. À semelhança dos nossos resultados, Silva et al. (2015) referem que, em estudos que realizaram, não encontraram associações significativas entre o *burnout* e a idade. No entanto, outros autores defendem que o *burnout* está presente nos mais jovens (Ebling & Carlotto, 2012; França et al., 2012; Okwaraji & En, 2014) e ainda outros evidenciam níveis de *burnout* mais elevados em pessoas mais velhas (Sousa et al., 2016). Os entrevistados neste estudo referiram ter a percepção de que os mais velhos apresentam maiores níveis de *burnout*, porque com o aumento da idade vai aumentando o desgaste físico e emocional por continuamente se trabalhar com pessoas, com utentes e com situações complicadas que às vezes levam os profissionais ao cansaço:

João: “Eu penso que quanto maior a idade, (...) aumenta o *burnout*, aumenta o desgaste físico, emocional, (...) se ao final do turno existe maior esgotamento, ou seja, há maior desgaste, ano após ano, eu penso que com o aumento da idade, será maior o *burnout*, (...).”

Outros profissionais consideram que este facto está associado à responsabilidade inerente ao trabalho desenvolvido na instituição:

Carolina: “Acho que pelo facto dos mais jovens não terem uma vida com tanta responsabilidade (filhos, marido), não têm tanta noção da responsabilidade e não estão tão cansados.”

Por fim, alguns dos entrevistados referem ainda que consideram não existir relação entre o *burnout* e o grupo etário:

Maria: “Não diria propriamente a idade, mais a personalidade de cada um (...).”

Teresa: “Eu não vejo qualquer relação.”

Margarida: “Não considero que exista influência.”

Rita: “Acho que essa relação não é evidente aqui na unidade.”

Quanto ao estado civil, também existem estudos com resultados contraditórios. Enquanto Silva et al. (2015) revelam que não encontraram associação entre estas duas variáveis, outros estudos existem em que esta relação foi evidenciada. De facto, o suporte familiar também é tido em conta na prevenção ou minimização dos efeitos do *burnout*: os colaboradores que têm filhos e são casados ou têm companheiro estável apresentam menor probabilidade de ter *burnout*, dado que se considera que o afeto que a família oferece alivia as tensões e conflitos que os colaboradores experimentam no local de trabalho (Fernandes et al., 2012; França & Ferrari, 2012; França et al., 2014). Por outro lado, Sousa et al. (2016) inferiram que os profissionais mais acometidos pelo *burnout* são as pessoas com cônjuge. No mesmo sentido, Millan (2007) refere que a prevalência de *burnout* nos médicos aumenta quando estes são casados.

Os resultados evidenciam ainda que os profissionais mais antigos no serviço sentem mais *burnout* do que os profissionais mais recentes no serviço, conclusão que é corroborada por estudos de Carlotto (2011), realizados em técnicos de enfermagem. Pelo contrário, Marôco et al. (2016) defendem que os profissionais com maior tempo de serviço são menos acometidos por *burnout*, comparativamente com os profissionais que desempenham a função há menos tempo. Os profissionais de saúde entrevistados consideram que o nível de *burnout* é inferior nos profissionais que trabalham há menos tempo, dado que se encontram menos desgastados, menos consumidos; no entanto, com o passar dos anos de trabalho, os profissionais vão criando estratégias para contornar determinadas situações, tornando-se mais frios, menos pacientes, contrariamente ao que acontece nos primeiros anos de serviço, em que os profissionais apresentam maior delicadeza e paciência:

Maria: “(...) no início temos muito mais paciência, muito mais delicadeza, (...), e com o passar do tempo vamos ficando mais indiferentes, mais frios, com pouca paciência. Mas, as pessoas mais velhas vão criando estratégias, com o passar dos anos, onde ficam mais frias ou menos pacientes, o que não significa, na minha opinião, que tenham maiores níveis de *burnout* ou pelo menos que isso seja exteriorizável, porque as pessoas vão-se adaptando, vão-se habituando, e o que poderia ser *burnout* acaba por ser quase modo de estar no trabalho.”

Rita: “Penso que as pessoas formadas há menos tempo vêm com mais motivação, mais energia para o dia de trabalho.”

Por outro lado, a responsabilidade que advém das funções desempenhadas pelos profissionais também é tida em conta, de acordo com a opinião dos entrevistados:

Carolina: “quem está há mais tempo sente-se mais responsável, quem está há menos tempo muitas vezes não tem conhecimento de certos serviços e pede ajuda a quem trabalha há mais tempo.”

Mais ainda, a relação com os doentes também é apontada como fator que influencia o nível de *burnout* em relação ao tempo de serviço:

Teresa: “Quem cá está há menos tempo tem menos contacto com os utentes, tem menos desgaste físico e quanto mais tempo se passa, mais esgotamento existe, pensando que é óbvio que quem cá está há mais tempo se sente mais esgotado.”

Por último, a repetitividade do trabalho de diversas categorias profissionais foi também enunciada como fator explicativo da relação do *burnout* com o tempo de serviço:

Margarida: “(...) acaba por ser um trabalho um pouco rotineiro, principalmente quando falamos de algumas classes, como os enfermeiros, os auxiliares, até a minha, e no início temos mais vontade, mais predisposição, mais entusiasmo, do que propriamente ao final de algum tempo. O facto de ser um pouco rotineiro acaba por fazer com que haja menos predisposição e pode desgastar um pouco mais.”

Young et al. (2016) e Okwaraji e En (2014) referem que a profissão de enfermagem é uma profissão mentalmente exigente e que implica um grande investimento de tempo e energia às pessoas que procuram os cuidados, muitas vezes em situações difíceis. Um estudo realizado com médicos e enfermeiros portugueses (Marôco et al., 2016), refere que a análise dos níveis de *burnout* revelou que ambas as categorias profissionais apresentaram níveis moderados a elevados de *burnout*, não sendo significativas as diferenças entre as duas profissões. No caso do presente estudo também não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes categorias profissionais no que diz respeito ao *burnout*. A opinião dos entrevistados não é conforme: por um lado há profissionais que não encontram relação quando inquiridos sobre o *burnout* e a sua relação com a categoria profissional:

Rita: “Neste contexto laboral acho que não existe relação.”

Por outro lado, há profissionais que consideram que o nível de *burnout* estará mais condicionado, não pela categoria profissional em si, mas sim pelo tempo de exposição ou tempo de contato que

o profissional de determinada categoria estabelece com o utente, podendo ser maior no auxiliar de ação médica, psicóloga, enfermeiro e fisioterapeuta:

João: “Não, eu penso que o que difere é se calhar o tempo de exposição, ou de contacto ou de permanência com o utente ou família, eu acho que aí aumenta. (...) Penso que o auxiliar de ação médica, psicóloga, enfermeiros, e talvez fisioterapeuta, serão aquelas que terão um maior índice de *burnout* (...).”

Outros entrevistados são ainda da opinião que tanto o enfermeiro, como o fisioterapeuta ou psicólogo ou assistente social têm um maior nível de esgotamento porque têm mais responsabilidades, e além disso eles lidam com o próprio utente e também têm outras funções, nomeadamente a nível informático, como as avaliações diárias, quinzenais, mensais, as notas de alta, tudo isso consome um pouco mais os profissionais:

Maria: “Cá na instituição nota-se pouco a diferença, embora concorde que quanto maior a responsabilidade, mais facilmente se atinja esse estado de *burnout*.”

Carolina: “(...) Se alguém tivesse que sentir mais cansaço acho que até seriam os enfermeiros, porque a responsabilidade deles é maior.”

Teresa: “(...) tanto os enfermeiros, como o fisioterapeuta ou psicólogo ou assistente social têm um maior nível de esgotamento porque têm mais responsabilidades, (...) nomeadamente a nível informático, como as avaliações diárias, quinzenais, mensais, as notas de alta, (...).”

Margarida: “Acho que há profissões que poderão estar mais expostas ao *burnout* provavelmente devido à responsabilidade. (...) a assistente social, a enfermeira chefe e a psicóloga, não tanto pelos utentes, mas pela relação familiar, conflitos que existem, que tudo isto aqui envolve, não têm um trabalho fácil.”

Kozak et al. (2013) realizaram um estudo que refere ainda que foram inconclusivas as associações entre o *burnout* e horário de trabalho. Os nossos resultados também não evidenciam a existência de uma relação significativa entre estas duas variáveis. Do decorrer das entrevistas, verificou-se que há profissionais de saúde que consideram que o nível de *burnout* será maior nos profissionais que trabalham por turnos, pois estes esgotam mais e há alterações de rotinas e até mesmo alterações do próprio metabolismo, com consequências a nível físico e psicológico, podendo o nível de *burnout* acentuar-se nos profissionais cujos turnos rotativos incluem o trabalho noturno e o trabalho ao fim-de-semana:

Maria: “Nunca trabalhei com horário fixo, mas considero que os turnos rotativos acabam por esgotar mais, muito por causa das rotinas de sono, alterando-as.”

João: “Na minha opinião é quem tem um tipo de horário por turnos, tendo em conta que há alterações das rotinas, há muita alteração até do próprio metabolismo e isso vai gerar alterações a nível fisiológico, não só psicológico do profissional de saúde, o facto de trabalhar por turnos vai aumentar o *burnout*, na minha opinião.”

Margarida: “(...) acho que quem trabalha por turnos está mais sujeito a sentir esse stresse, esse *burnout*, não só em termos pessoais, mas até fisiológicos, (...).”

Rita: “(...) se houvesse um horário fixo seria mais favorável, mesmo pelo tempo de repouso e de programar a semana com mais facilidade.”

Relativamente ao *burnout* e sua relação com esta variável, alguns entrevistados consideram ainda que os turnos rotativos têm como consequência uma maior ausência no seio familiar:

Carolina: “Acho que quem trabalha por turnos se sente mais cansado e pior ainda quem faz noites. (...) A família sai é prejudicada pelo facto de trabalharmos ao fim de semana, que é a altura em que eles estão em casa e nós estamos a trabalhar.”

Teresa: “Eu não tenho experiência de turnos rotativos, apesar de acreditar que seja um trabalho muito mais desgastante, também por trabalharem à noite, aos fins de semana, o facto de estarem mais separados das famílias, isso provoca um maior nível de esgotamento, acredito que sim.”

De seguida, é apresentada uma tabela resumo de opinião dos motivos referidos pelos entrevistados relativamente à relação do *burnout* com algumas das variáveis estudadas (Tabela 17).

Tabela 17 - Síntese dos motivos de relação/não relação do *burnout* vs variáveis

	Tópicos	Referências
<i>Burnout</i> vs grupo etário	Desgaste	João: “Eu penso que quanto maior a idade, (...) aumenta o <i>burnout</i> , aumenta o desgaste físico, emocional, (...) se ao final do turno existe maior esgotamento, ou seja, há maior desgaste, ano após ano, eu penso que com o aumento da idade, será maior o <i>burnout</i> , (...)”
	Responsabilidade	Carolina: “Acho que pelo facto dos mais jovens não terem uma vida com tanta responsabilidade (filhos, marido), não têm tanta noção da responsabilidade e não estão tão cansados.”
	Sem relação	Maria: “Não diria propriamente a idade, mais a personalidade de cada um (...)” Teresa: “Eu não vejo qualquer relação.” Margarida: “Não considero que exista influência.” Rita: “Acho que essa relação não é evidente aqui na unidade.”
<i>Burnout</i> vs categoria profissional	Responsabilidade	Maria: “Cá na instituição nota-se pouco a diferença, embora concorde que quanto maior a responsabilidade, mais facilmente se atinja esse estado de <i>burnout</i> .” Carolina: “(...) Se alguém tivesse que sentir mais cansaço acho que até seriam os enfermeiros, porque a responsabilidade deles é maior.” Teresa: “(...) tanto os enfermeiros, como o fisioterapeuta ou psicólogo ou assistente social têm um maior nível de esgotamento porque têm mais responsabilidades, (...) nomeadamente a nível informático, como as avaliações diárias, quinzenais, mensais, as notas de alta, (...)” Margarida: “Acho que há profissões que poderão estar mais expostas ao <i>burnout</i> provavelmente devido à responsabilidade. (...) a assistente social, a enfermeira chefe e a psicóloga, não tanto pelos utentes, mas pela relação familiar, conflitos que existem, que tudo isto aqui envolve, não têm um trabalho fácil.”
	Tempo de exposição	João: “Não, eu penso que o que difere é se calhar o tempo de exposição, ou de contacto ou de permanência com o utente ou família, eu acho que aí aumenta. (...) Penso que o auxiliar de ação médica, psicóloga, enfermeiros, e talvez fisioterapeuta, serão aquelas que terão um maior índice de <i>burnout</i> (...)”
	Sem relação	Rita: “Neste contexto laboral acho que não existe relação.”
<i>Burnout</i> vs tipo de horário	Rotinas da pessoa	Maria: “Nunca trabalhei com horário fixo, mas considero que os turnos rotativos acabam por esgotar mais, muito por causa das rotinas de sono, alterando-as.” João: “Na minha opinião é quem tem um tipo de horário por turnos, tendo em conta que há alterações das rotinas, há muita alteração até do próprio metabolismo e isso vai gerar alterações a nível fisiológico, não só psicológico do profissional de saúde, o facto de trabalhar por turnos vai aumentar o <i>burnout</i> , na minha opinião.” Margarida: “(...) acho que quem trabalha por turnos está mais sujeito a sentir esse stresse, esse <i>burnout</i> , não só em termos pessoais, mas até fisiológicos, (...)” Rita: “(...) se houvesse um horário fixo seria mais favorável, mesmo pelo tempo de repouso e de programar a semana com mais facilidade.”
	Afastamento familiar	Carolina: “Acho que quem trabalha por turnos se sente mais cansado e pior ainda quem faz noites. (...) A família sai é prejudicada pelo facto de trabalharmos ao fim de semana, que é a altura em que eles estão em casa e nós estamos a trabalhar.” Teresa: “Eu não tenho experiência de turnos rotativos, apesar de acreditar que seja um trabalho muito mais desgastante, também por trabalharem à noite, aos fins de semana, o facto de estarem mais separados das famílias, isso provoca um maior nível de esgotamento, acredito que sim.”
<i>Burnout</i> vs tempo de serviço	Motivação	Maria: “(...) no início temos muito mais paciência, muito mais delicadeza, (...), e com o passar do tempo vamos ficando mais indiferentes, mais frios, com pouca paciência.” Rita: “Penso que as pessoas formadas há menos tempo vêm com mais motivação, mais energia para o dia de trabalho.”
	Responsabilidade	Carolina: “(...) quem está há mais tempo sente-se mais responsável, quem está há menos tempo muitas vezes não tem conhecimento de certos serviços e pede ajuda a quem trabalha há mais tempo.”
	Relação com os doentes	Teresa: “Quem cá está há menos tempo tem menos contacto com os utentes, tem menos desgaste físico e quanto mais tempo se passa, mais esgotamento existe, pensando que é óbvio que quem cá está há mais tempo se sente mais esgotado.”
	Repetitividade do trabalho	Margarida: “(...) acaba por ser um trabalho um pouco rotineiro, principalmente quando falamos de algumas classes, como os enfermeiros, os auxiliares, até a minha, e no início temos mais vontade, mais predisposição, mais entusiasmo, do que propriamente ao final de algum tempo. O facto de ser um pouco rotineiro acaba por fazer com que haja menos predisposição e pode desgastar um pouco mais.”

Fonte: Elaboração própria

H3 - Existem diferenças de nível de *engagement* de acordo com as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais.

Relativamente à análise realizada entre as variáveis grupo etário, estado civil, habilitações literárias, tipo de vínculo, tempo de serviço, categoria profissional e tipo de horário e o *engagement*, o presente estudo evidenciou que não existem diferenças estatisticamente significativas que nos permitam afirmar que estas variáveis se relacionam com o *engagement*. Desta forma, não se confirma a Hipótese 3.

A literatura encontrada não corrobora os nossos resultados no que se refere à relação entre *engagement* e grupo etário. Alguns autores defendem que os trabalhadores mais velhos apresentam níveis de *engagement* superiores comparativamente aos inquiridos mais novos (Correia, 2012), enquanto outros autores defendem que o grupo etário com menores scores corresponde à idade situada entre os 31 e os 35 anos (Pinto et al., 2015). As entrevistas realizadas também não permitem uma inferência uniforme, dado que alguns profissionais consideram, por um lado, não existir relação:

Maria: “Penso que não existe uma relação direta (...).”

Teresa: “Acho que não existe diferença (...).”

Margarida: “Acho que não há relação.”

Rita: “Acho que não existe relação, porque considero que existe uma grande sensibilidade por parte de todos os profissionais da unidade (...).”

Por outro lado, alguns entrevistados consideram que são os mais velhos que estão mais envolvidos, devido à experiência de vida:

Carolina: “Acho que os mais velhos se sentem mais envolvidos, pois já têm mais experiência de vida.”

João: “(...) as pessoas (...), com a experiência de vida vão criando algumas estratégias e arranjam algumas ferramentas para lidar com as formas de stresse que levam ao *burnout*, (...).”

Outros referem ainda que são os mais velhos que estão mais envolvidos devido ao tempo de exposição ao trabalho, que permite adquirir estratégias e ferramentas para lidar com as formas de stresse que levam ao *burnout*:

João: “(...) as pessoas, com o tempo de exposição ao trabalho, com a experiência de vida vão criando algumas estratégias e arranjam algumas ferramentas para lidar com as formas de stresse que levam ao *burnout*, (...).”

Apesar de não se verificarem diferenças significativas entre os valores médios, a literatura encontrada, evidencia que os Enfermeiros casados ou em união de facto apresentam níveis de *engagement* superiores comparativamente aos solteiros (Correia, 2012), facto este que vai ao encontro da conclusão do nosso estudo.

Quanto à relação do *engagement* com as habilitações literárias, o estudo por nós acedido a este nível não apresenta conclusão evidente, já que diz que entre o *engagement* e as habilitações literárias nos enfermeiros não se verificou significância estatística (Pinto et al., 2015), o que está de acordo com os resultados encontrados na presente investigação.

A literatura consultada refere que os colaboradores contratados parecem diferir de outros em termos de otimismo, auto-eficácia, auto-estima, resiliência e um estilo de enfrentamento ativo (Silva et al., 2008). Estes resultados não estão de acordo com os obtidos nesta investigação em que não foram evidenciadas diferenças significativas. No entanto, dos 6 profissionais de saúde entrevistados, cinco deles, que se encontram quer a contrato quer a prestação de serviços, são da opinião que quem tem um vínculo de trabalho a contrato apresenta um maior envolvimento, pois trabalha mais para ver o seu trabalho melhorado e com mais qualidade, apresenta uma maior estabilidade, sendo também influenciado pelas recompensas, nomeadamente monetárias, que recebem, o que não acontece com um profissional a prestação de serviços:

Maria: “Acho que quem tem um contrato com a instituição acaba por se envolver mais, é o seu trabalho, a sua profissão, o seu local de trabalho, que quer ver melhorado, com mais qualidade, e acaba por trabalhar mais por isso.”

João: “(...) um profissional, como eu, contratado, pode ter maior motivação pelo facto de ter um vínculo à instituição (...).”

Carolina: “(...) eu já estive nos dois lados e por mim falo. Estando a prestação de serviços o profissional trabalha mas não sente aquela obrigação; agora eu estou a contrato e sei que vou ter recompensas pelo trabalho que realizo: o direito a férias, o subsídio de férias, de Natal, isso faz com que esteja mais motivada comparativamente a quando estava a prestação de serviços.”

Teresa: “Uma pessoa que esteja a contrato sente-se mais envolvida do que uma pessoa que esteja a prestação de serviços, pois sente-se mais segura, apresenta uma maior estabilidade profissional.”

Rita: “Penso que quem está a contrato sente-se mais seguro, com menos preocupações pessoais, mais descansado, está mais motivado, (...). No caso dos profissionais a prestação de serviços, penso que a satisfação é inferior, porque se gera insegurança.”

Por outro lado, constatou-se durante as entrevistas que há profissionais que consideram que poderá apresentar um maior *engagement* quem se encontra a prestação de serviços no sentido de vir, futuramente, a criar um vínculo mais estável com a instituição, esforçando-se por isso; e que podem existir profissionais contratados menos motivados, por já terem alcançado o que desejavam:

João: “Isto sinceramente é um pau de dois bicos, porque (...) quem está a prestação de serviços também pode ter esta motivação no sentido de vir a ter, criar, um vínculo com a instituição. Mas depois há aqueles a contrato, (...), que podem já não se sentir motivados uma vez que já alcançaram aquilo que desejaram e podem não querer, (...) ter outra motivação para trabalhar (...), o que pode acontecer com os

que não têm um vínculo, de se esforçar mais e ter um melhor desempenho no sentido de alcançar esse objetivo.”

Uma das opiniões dos entrevistados enfoca, ainda, que não existe relação entre o *engagement* e o tipo de vínculo, dado que a inexistência de contrato de trabalho é uma realidade com a qual os profissionais de saúde se confrontam na atualidade:

Margarida: “(...) nos dias que correm, em parte das categorias, a minha, o fisioterapeuta, o terapeuta da fala, e às vezes até enfermeiros, tudo o que seja oferta de emprego ter a ver com prestação de serviços, que nós acabamos por nos resignar e queremos é fazer o nosso trabalho, seja em que circunstâncias for, excluindo o tipo de vínculo, (...). Cá não noto diferença, porque a própria direção não nos trata com essa diferença, nós não somos postos em risco frequentemente, acho que acaba por ser apenas uma diferença ao fim do mês; somos igualmente valorizados como os profissionais a contrato.”

A literatura refere que os enfermeiros mais novos/menos experientes tendem a apresentar níveis de *engagement* mais elevados (Pinto et al., 2015). Mais uma vez estes dados não foram corroborados pelo nosso estudo. Fazendo menção às entrevistas realizadas, por um lado houve profissionais que não encontraram qualquer relação:

Margarida: “Acho que não existe relação, (...)”

Por outro lado, foi referido que quem tem menos tempo de serviço apresenta um envolvimento maior, por ter muita motivação, muita força e paixão pela profissão, pois os que trabalham há mais tempo sentem-se mais desgastados e com menos força para trabalhar; e ainda por outro, há profissionais que consideram que quem trabalha há mais tempo pode também ter um nível de *engagement* elevado, dado que pode, com a experiência, ir desenvolvendo estratégias para melhor conseguir resolver os problemas que vão surgindo:

Maria: “O tempo de trabalho na instituição faz alguma diferença, no entanto quem cá está há um mês ou dois não se vai sentir assim envolvido, embora muitas vezes acontece que quem está há mais tempo acaba por se desinteressar também.”

João: “Por um lado quem trabalha há pouco tempo ainda vem com motivação, ainda vem com a força, com a paixão pela profissão, (...) mas depois ao longo da profissão vai-se desgastando, vai-se reduzindo esta capacidade. Mas por outro lado, existe a questão de se for há muito tempo de serviço, a pessoa cria as tais ferramentas que podem ajudar a desenvolver, a aumentar o seu *engagement*.”

Carolina: “Às vezes os mais jovens, que tiram o curso de técnico auxiliar de saúde, não vêm por gosto, pois não era a área que pretendiam e não estão tão envolvidos. Nós mais velhos, que já tivemos outras experiências, se estamos aqui é porque gostamos. Mas pode existir um trabalhador que cá esteja há pouco tempo e outro que esteja há muito e nenhum deles esteja envolvido.”

Teresa: “(...) quem tem mais tempo de serviço terá um nível de *burnout* maior e, portanto, sente-se mais desgastado e não tem tanta motivação e tanta força para trabalhar.”

Rita: “(...) quem é formado há menos tempo vem com uma paixão mais fresca, mais notória do que quem trabalha há mais tempo; acho que se exprime mais na relação com os utentes.”

Quanto ao tipo de horário, o estudo por nós acedido foi inconclusivo, dado que relativamente ao *engagement* e ao trabalho por turnos rotativos ou turno normal, concluiu que não se evidenciam diferenças significativas no trabalho dos médicos (Campos, 2013). Estes resultados são semelhantes aos encontrados nesta investigação onde as diferenças entre horários de trabalho também não se revelaram significativas.

Abaixo encontra-se uma tabela resumo de opinião dos entrevistados relativamente à relação do *engagement* com algumas das variáveis estudadas e os motivos referidos pelos entrevistados que justificam tal relação (Tabela 18).

Tabela 18 - Síntese dos motivos de relação/não relação do *engagement* vs variáveis

	Tópicos	Referências
<i>Engagement</i> vs grupo etário	Tempo de exposição	João: "(...) as pessoas, com o tempo de exposição ao trabalho, com a experiência de vida vão criando algumas estratégias e arranjam algumas ferramentas para lidar com as formas de stresse que levam ao <i>burnout</i> , (...)."
	Experiência de vida	Carolina: "Acho que os mais velhos se sentem mais envolvidos, pois já têm mais experiência de vida." João: "(...) as pessoas (...), com a experiência de vida vão criando algumas estratégias e arranjam algumas ferramentas para lidar com as formas de stresse que levam ao <i>burnout</i> , (...)."
	Sem relação	Maria: "Penso que não existe uma relação direta (...)." Teresa: "Acho que não existe diferença (...)." Margarida: "Acho que não há relação." Rita: "Acho que não existe relação, porque considero que existe uma grande sensibilidade por parte de todos os profissionais da unidade (...)."
<i>Engagement</i> vs tipo de vínculo	Motivação	Maria: "Acho que quem tem um contrato com a instituição acaba por se envolver mais, é o seu trabalho, a sua profissão, o seu local de trabalho, que quer ver melhorado, com mais qualidade, e acaba por trabalhar mais por isso." João: "Isto sinceramente é um pau de dois bicos, porque por um lado um profissional, como eu, contratado, pode ter maior motivação pelo facto de ter um vínculo à instituição, (...), por outro, quem está a prestação de serviços também pode ter esta motivação no sentido de vir a ter, criar, um vínculo com a instituição. Mas depois há aqueles a contrato, (...), que podem já não se sentir motivados uma vez que já alcançaram aquilo que desejaram e podem não querer, (...) ter outra motivação para trabalhar (...), o que pode acontecer com os que não têm um vínculo, de se esforçar mais e ter um melhor desempenho no sentido de alcançar esse objetivo."
	Estabilidade	Carolina: "(...) eu já estive nos dois lados e por mim falo. Estando a prestação de serviços o profissional trabalha mas não sente aquela obrigação; agora eu estou a contrato e sei que vou ter recompensas pelo trabalho que realizo: o direito a férias, o subsídio de férias, de Natal, isso faz com que esteja mais motivada comparativamente a quando estava a prestação de serviços." Teresa: "Uma pessoa que esteja a contrato sente-se mais envolvida do que uma pessoa que esteja a prestação de serviços, pois sente-se mais segura, apresenta uma maior estabilidade profissional." Rita: "Penso que quem está a contrato sente-se mais seguro, com menos preocupações pessoais, mais descansado, está mais motivado, (...). No caso dos profissionais a prestação de serviços, penso que a satisfação é inferior, porque se gera insegurança."
	Sem relação	Margarida: "(...) nos dias que correm, em parte das categorias, a minha, o fisioterapeuta, o terapeuta da fala, e às vezes até enfermeiros, tudo o que seja oferta de emprego ter a ver com prestação de serviços, que nós acabamos por nos resignar e queremos é fazer o nosso trabalho, seja em que circunstâncias for, excluindo o tipo de vínculo, (...). Cá não noto diferença, porque a própria direção não nos trata com essa diferença, nós não somos postos em risco frequentemente, acho que acaba por ser apenas uma diferença ao fim do mês; somos igualmente valorizados como os profissionais a contrato."
<i>Engagement</i> vs tempo de serviço	Motivação	Maria: "O tempo de trabalho na instituição faz alguma diferença, no entanto quem cá está há um mês ou dois não se vai sentir assim envolvido, embora muitas vezes acontece que quem está há mais tempo acaba por se desinteressar também." João: "Por um lado quem trabalha há pouco tempo ainda vem com motivação, ainda vem com a força, com a paixão pela profissão, (...) mas depois ao longo da profissão vai-se desgastando, vai-se reduzindo esta capacidade. Mas por outro lado, existe a questão de se for há muito tempo de serviço, a pessoa cria as tais ferramentas que podem ajudar a desenvolver, a aumentar o seu <i>engagement</i> ." Carolina: "Às vezes os mais jovens, que tiram o curso de técnico auxiliar de saúde, não vêm por gosto, pois não era a área que pretendiam e não estão tão envolvidos. Nós mais velhos, que já tivemos outras experiências, se estamos aqui é porque gostamos. Mas pode existir um trabalhador que cá esteja há pouco tempo e outro que esteja há muito e nenhum deles esteja envolvido." Teresa: "(...) quem tem mais tempo de serviço terá um nível de <i>burnout</i> maior e portanto sente-se mais desgastado e não tem tanta motivação e tanta força para trabalhar." Rita: "(...) quem é formado há menos tempo vem com uma paixão mais fresca, mais notória do que quem trabalha há mais tempo; acho que se exprime mais na relação com os utentes."
	Sem relação	Margarida: "Acho que não existe relação, (...)."

Fonte: Elaboração própria

CONCLUSÕES

O presente estudo constituiu-se como uma mais valia no âmbito da investigação dos fenómenos de *burnout* e *engagement* ao nível dos Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente ao nível dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, dada a escassa literatura existente sobre esta temática.

Este estudo permitiu concluir que nestes profissionais de saúde existem baixos níveis de *burnout* e elevados níveis de *engagement*. Relativamente às dimensões destes construtos, a dimensão mais elevada do *burnout* é a exaustão emocional e a do *engagement* é a dedicação. Por seu turno, a dimensão menos valorizada do *burnout* é a despersonalização e a do *engagement* é a absorção. No que toca à correlação dos fenómenos *burnout* e *engagement*, estes correlacionam-se de forma negativa e a relação existente é moderada.

Quanto à análise do *burnout* com as variáveis grupo etário, estado civil, habilitações literárias, tipo de vínculo, categoria profissional e tipo de horário não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de cada variável que nos permitam inferir que essas variáveis influenciam os níveis de *burnout*. No entanto, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre o *burnout* e os grupos estabelecidos para a variável tempo de serviço. Relativamente à análise das variáveis referidas e o *engagement*, o presente estudo evidenciou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de cada variável que nos permitam afirmar que essas variáveis influenciam o *engagement*. Saliente-se que a variável sexo não foi relacionada com nenhum dos construtos, dado que existiram apenas 2 inquiridos do sexo masculino numa amostra de 44 profissionais.

De salientar que para algumas das hipóteses e relação dos construtos *burnout* e *engagement* com as variáveis, verificou-se que a opinião dos profissionais não é coincidente com os resultados obtidos através do questionário e consequente análise estatística, pelo que se considera que o levantamento de opinião individual junto dos profissionais de saúde veio acrescentar valor ao presente trabalho, ao encontrarem relação entre determinadas variáveis.

O principal contributo desta investigação prende-se com o facto de existir, a partir de agora, mais uma investigação que permita a comparação destes dados com outros estudos a realizar no mesmo âmbito. Além disso, e não menos importante, será dado conhecimento à Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira dos resultados da presente investigação, com o intuito de identificação de aspetos menos positivos e tentar recorrer-se de estratégias para os minimizar, tendo em conta que a organização evidencia um papel fundamental no fomento do bem-estar dos profissionais de saúde e consequente prestação de cuidados de saúde de qualidade.

As principais sugestões que decorrem da realização desta investigação são: alargar o estudo destes e de outros fatores, nomeadamente psicossociais, a todos os colaboradores das diversas

valências do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira, para se obter uma visão global do risco dos colaboradores na organização; alargar o estudo destes fenómenos, *burnout* e *engagement*, aos profissionais de saúde das demais Unidades de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção que integram a Equipa do Alto Ave, com o objetivo de tentar encontrar estratégias comuns e conjuntas para benefício das organizações e colaboradores, numa primeira fase. Numa fase posterior seria de ponderar o alargamento do estudo aos profissionais das Unidades de Cuidados Continuados da Região Norte e, mais ainda, a possibilidade de participarem todos os prestadores de cuidados de todo o território nacional. Verifica-se uma necessidade premente de ampliar esta pesquisa ao âmbito nacional para obtenção de valores estatisticamente significativos, já que é um campo pouco explorado, mas de importante repercussão social.

Face à revisão da literatura efetuada, verifica-se que, após décadas de pesquisa sobre estas temáticas, num espaço temporal maior relativamente ao *burnout* quando comparado com o *engagement*, é necessário continuar a avaliar a presença de fatores que influenciam o funcionamento das organizações e a qualidade de vida dos seus colaboradores.

A presente investigação não está desprovida de limitações. Desde já o facto de o estudo ser realizado numa organização com um reduzido número de colaboradores, o que dificulta a sua representatividade no universo dos colaboradores das instituições de Cuidados Continuados em Portugal. Por outro lado, a proximidade da investigadora em relação aos sujeitos da amostra e à organização – a autora desta dissertação era à época de início do trabalho colaboradora da organização – poderá também ter influenciado o próprio processo de recolha de dados e os resultados obtidos, bem como poderá ter implicado alguma dificuldade de distanciamento no processo de análise destes últimos.

Apesar destas limitações consideramos que os resultados obtidos despertam consciências e interesse para alargar este estudo a outras organizações deste sector de atividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2013). *Implementação e Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – Relatório Final*.

Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2015). *Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI): 1º Semestre 2015*. Departamento Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde.

Administração Regional da Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP. (2010). *Gestão dos Riscos Profissionais em Estabelecimentos de Saúde*. Ministério da Saúde: Orientação Técnica n.º1 – Departamento de Saúde Pública.

Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2012). *Management of psychological risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)*.

Akansel, N., Tunkc, G. C., Ozdemir, A., & Tugutlu, Z. (2012). Assessment of burnout levels among working undergraduate nursing students in Turkey: Being a full time employee and student. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 328.

Almeida, L. A., Medeiros, I. D. S., Barros, A. G., Martins, C. C. F., & Santos, V. E. P. (2016). Fatores geradores da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(3), 4623-4628.

Alves, D., Ramos, S., & Fugas, C. (2015). Condições de Trabalho, Engagement e Sintomas de Mal-estar Físico e Psicológico: exploração de uma cadeia de efeitos. *International Journal on Working Conditions*, 10, 81-100.

Alves, L. F. A. (2012). *Burnout em Enfermeiros dos Cuidados Continuados* (Trabalho de Projeto, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal).

Alves, L., Batista, M. G. J., & Pimentel, M. H. (2013). Burnout em Enfermeiros dos Cuidados Continuados. In XII Simpósio Sociedade Portuguesa de Suicidiologia: Comportamento Suicidários: *Investigar para Melhor Conhecer e Intervir*.

Araújo, I., & Esteves, R. (2016). Engagement em docentes do ensino superior: uma abordagem exploratória. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 73-79.

Areias, M. E. Q., & Comandule, A. Q. (2006). *Qualidade de vida, estresse no trabalho e síndrome de burnout. Qualidade de vida e fadiga institucional*. Campinas, Brasil: IPES Editorial.

Arrogante, O., Pérez-García, A. M., & Aparicio-Zaldívar, E. G. (2016). Recursos personales relevantes para el bienestar psicológico en el personal de enfermería. *Enfermería Intensiva*, 27(1), 22-30.

Bakker, A. B., Emmerik, H. van, & Euwema, M. C. (2006). Crossover of burnout and engagement in work teams. *Work and occupations*, 33(4), 464-489.

Baptista, G., Galvão, A. M., & Alves, L. F. Á. (2015). Síndrome de Burnout no exercício da enfermagem. *Saúde: do Desafio ao Compromisso*, 299-312.

Bomfim, R. A. (2013). A satisfação dos profissionais de saúde no ambiente de trabalho. *Rev. adm. saúde*, 15(60), 127-132.

Bria, M., Spânu, F., Băban, A., & Dumitrașcu, D. L. (2014). Maslach Burnout Inventory–General Survey: Factorial validity and invariance among Romanian healthcare professionals. *Burnout Research*, 1(3), 103-111.

Caetano, A., & Vala, J. (2000). *Gestão de Recursos Humanos: contextos, processos e técnicas*. Lisboa, Portugal: Editora RH.

Campos, G. F. S. (2013). *Burnout e Engagement nos Médicos dos Hospitais do Grande Porto* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal).

Carlotto, M. S. (2011). Fatores de risco da síndrome de burnout em técnicos de enfermagem. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 7-26.

Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2008). Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico*, 39(2), 152-158.

Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira (2015). *Regulamento Interno da Unidade de Cuidados Continuados Integrados*.

Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira (2016a). *Centro Social de Nespereira – “Quem Somos”*. CSN.179.0.

Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira (2016b). *Manual de Funções*. CSN.108.0.

Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira (2016c). *Unidade de Cuidados Continuados Integrados*. Recuperado de <http://www.csnespereira.com/uccci.php>.

Chambel, M. J. (2012). Explaining Nurses' Engagement and Performance with Social Exchange with Hospital. *Ciencia & Trabajo*, 14, 81-88.

Chiavenato, I. (2004). *Recursos Humanos: o capital humano das organizações* (8ª ed.). São Paulo, Brasil: Editora Atlas S. A..

Cooper, S. L., Carleton, H. L., Chamberlain, S. A., Cimmings, G. G., Bambrick, W., & Estabrooks, C. A. (2016). Burnout in the nursing home health care aide: A systematic review. *Burnout Research*, 3, 76–87.

Corral-Mulato, S., & Bueno, S. M. V. (2014). (Des)conhecimento da Síndrome de Burnout entre acadêmicos de enfermagem. *Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, 22(2), 206-211.

Correia, V. M. P (2012). *Engagement e suporte social nos enfermeiros de cuidados de saúde primários* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal).

Cruz, S. P., & Abellán, M. V. (2015). Desgaste profissional, stress e satisfação no trabalho do pessoal de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 543-552.

Dias, S., & Queirós, C. (2011). *Burnout e engagement em enfermeiros portugueses*. Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida: Uma meta a atingir, 300-308.

Direção-Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020*. Ministério da Saúde.

Duarte, A. P., Nunes, S. M. P., & Oliveira, A. A. (2013). Prevalência da síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em UTI. *O Portal dos Psicólogos*, 1-12.

Ebling, M., & Carlotto, M. S. (2012). Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 34(2), 93-100.

Espeland, K. E. (2006). Overcoming burnout: How to revitalize your career. *The Journal of Continuing Education for Nursing*, 37(4), 178–184.

Eurofound (2010). *Fifth European Working Condition Survey: Technical Report*. Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho.

Fernandes, M. A., Sousa, F. K. D., Rodrigues, J. D. A., & Marziale, M. H. P. (2012). Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem do serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 4(4), 3125-3135.

França, F. M., & Ferrari, R. (2012). Síndrome de Burnout e os aspectos sócio-demográficos em profissionais de enfermagem. *Acta Paul Enferm*, 25(5), 743-8.

França, S. P. S, Martino, M. M. F., Aniceto, E. V. S., & Silva, L. L. (2012). Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Acta Paul Enferm*, 25(1), 68-73.

França, T. L. B. de, Oliveira, A. C. B. L., Lima, L. F., Melo, J. K. F. de, & Silva, R. A. R. da (2014). Síndrome de Burnout: características, diagnóstico, fatores de risco e prevenção. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 8, 3539-3546.

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.

Galindo, R. H., Feliciano, K. V. O., Lima, R. A. S., & Souza, A. I. (2012). Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 420-427.

Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 169-173.

Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15(2), 261-268

Gomes, A. R., Cruz, J. F. A., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (3), 307-318.

Instituto da Segurança Social, I.P. (2014). *Guia Prático – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, 37(4), 16.

Kaschka, W. P., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: a fashionable diagnosis. *Dtsch Arztebl Int*, 108(46), 781-787.

Kozak, A., Kersten, M., Schillmoller, Z., & Nienhaus, A. (2013). Psychosocial work-related predictors and consequences of personal burnout among staff working with people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 102-115.

Li, B., Bruyneel, L., Sermeus, W., Heede, K. Van den, Matawie, K., Aiken, L., & Lesaffre, E. (2013). Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: a multivariate multilevel probit model. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 281-291.

Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I., ... & Eliseu, G. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro*. Évora, Portugal.

Machado, P. G. B., Porto-Martins, P. C., & Benevides-Pereira, A. M. T. (2014). Engagement no trabalho em profissionais de uma empresa de transporte público urbano. *Psicol. Argum*, 32(79 Supl 2), 175-185.

Marcos, I. M. (2016). *Citar e referenciar: APA 6ª ed.* Lisboa: Ed. Autor, 61 p.

Marôco, J., Marôco, A. L., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M. J., & Campos, J. (2016). Burnout em profissionais da saúde portugueses: uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29 (1), 24-30.

Marrau, M. C. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en humanidades*, 19, 167-177.

Maslach, C. (2011). Burnout and engagement in the workplace: New perspectives. *The European Health Psychologist*, 13(3), 44-47.

Maslach, C., & Goldberg, J. (1999). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and preventive psychology*, 7(1), 63-74.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2005). Reversing burnout. *Stanford Social Innovation Review*, 43-49.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2014a). Burnout and HealthCare – Editorial. *Burnout Research*, 1, 57–58.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2014b). Editorial. *Burnout Research* 1, 1-2.

Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3th edition). Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C., Leiter, M. P., & Schaufeli, W. (2008). *Measuring burnout*. Chapter 5, 86-105.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Mendes, I. A. C. (2015). Engajamento dos enfermeiros com políticas de desenvolvimento humano. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 10-15.

Mete, M., Unal, O. F., & Bilen, A. (2014). Impact of Work-Family Conflict and Burnout on Performance of Accounting Professionals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 131, 264 – 270.

Millan, L. R. (2007). A síndrome de burnout: realidade ou ficção? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53, 5.

Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). *A Equipa de Cuidados Continuados Integrados: Orientações para a sua constituição nos centros de saúde*. Lisboa, Portugal.

Monjardino, T., Amaro, J., Batista, A., & Norton, P. (2016). *Trabalho e Saúde em Portugal 2016*. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

Montgomery, A., Spânu, F., Băban, A., & Panagopoulou, E. (2015). Job demands, burnout, and engagement among nurses: A multi-level analysis of ORCAB data investigating the moderating effect of teamwork. *Burnout research*, 2(2), 71-79.

Moura, C., Pereira, I., Monteiro, M. J., Pires, P., & Rodrigues, V. (2015). *Saúde: do desafio ao compromisso*. Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, 299-312.

Neto, H. V. (2015). Estratégias organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais do trabalho. *International Journal on Working Conditions*, 9, 1-21.

Neto, H. V., Areosa, J., & Arezes, P. (2014). *Manual sobre Riscos Psicossociais no Trabalho*. Civeri Publishing. Coleção RICOT – Rede de Investigação sobre as Condições de Trabalho.

Neves, V. F., Oliveira, Á. F., & Alves, P. C. (2014). Síndrome de burnout: impacto da satisfação no trabalho e da percepção de suporte organizacional. *Psico*, 45(1), 45-54.

Nogueira, J. M. A. (2009). *Cuidados Continuados – Desafios*. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Okwaraji, F. E., & En, A. (2014). Burnout and psychological distress among nurses in a Nigerian tertiary health institution. *African health sciences*, 14(1), 237-245.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro*. Conselho de Enfermagem.

Organização Internacional do Trabalho (2009). *A sua saúde e segurança no trabalho: uma colecção de módulos*. Disponível em http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/pub_modulos2.pdf

Organização Internacional do Trabalho (2010). *Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança*. Disponível em http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_10_pt.pdf

Ortiz, F. A., & Jaramillo, V. A. (2013). Factores de riesgo psicosocial y compromiso (engagement) con el trabajo en una organización del sector salud de la ciudad de Cali, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 43-56.

Palazzo, L. S., Carlotto, M. S., & Aerts, D. R. G. C. (2012). Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. *Revista de Saúde Pública*, 46(6), 1066-1073.

Pereira, E. B., & Antoniassi, R. P. N. (2014). Síndrome de burnout entre profissionais da área da saúde: revisão integrativa. *Revista Uningá*, 41, 66-71.

Perlman, B., & Hartman, E. A. (1981). *Burnout: summary and Future Research*. National Institute of Mental Health, 2-27.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementariedade do SPSS*. 4ª Edição. Lisboa: Edições Sílabo.

Pinto, A. M., Élvio, J., Mendes, A. M. O. C., & Fronteira, I. (2015). *Estudo RN4Cast em Portugal: Work Engagement dos Enfermeiros*. RN4CAST.

Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R., & Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research*, 2(1), 19-24.

- Porto-Martins, P. C., Basso-Machado, P. G., & Benevides-Pereira, A. M. T. (2013). Work engagement: a theoretic discussion. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(3), 629-644.
- Raftopoulos, V., Charalambous, A., & Talias, M. (2012). The factors associated with the burnout syndrome and fatigue in Cypriot nurses: a census report. *BMC Public Health*, 12(1), 1.
- Renner, J. S., Taschetto, D. V. R., Baptista, G. L., & Basso, C. R. (2014). Qualidade de vida e satisfação no trabalho: a percepção dos técnicos de enfermagem que atuam em ambiente hospitalar. *Rev Min Enferm*, 18(2), 440-446.
- Rezende, R., Borges, N. M. A., & Frota, O. P. (2012). Síndrome de Burnout e absenteísmo em enfermeiros no contexto hospitalar: revisão integrativa da literatura brasileira. *Comun. ciênc. saúde*, 23(3), 243-252.
- Rissardo, M. P., & Gasparino, R. C. (2013). Exaustão emocional em enfermeiros de um hospital público. *Esc. Anna Nery, Rev. Enferm*, 17(1), 128-132.
- Rodrigues, U. M. P., & Ribeiro, E. R. (2014). Síndrome de burnout na equipe de saúde da família: uma revisão da literatura. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 5 (3), 167-181.
- Sá, A. M. S. de, Martins-Silva, P. O., & Funchal, B. (2014). Burnout: o impacto da satisfação no trabalho em profissionais de enfermagem. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 14.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2003). *UWES – Utrecht Work Engagement Scale*. *Occupational Health Psychology Unit*, Utrecht University, 1.
- Schaufeli, W., & Salanova, M. (2007). Work engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. *Managing Social and Etical Issues in Organizations*. Information Age Publishers, 5, 135-177.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Sharrard, H. E. (1992). Feeling the strain: Job stress and satisfaction of direct-care staff in the mental handicap service. *British Journal of Mental Subnormality*, 38, 32–38.
- Silva, D. C. M. D., Loureiro, M. D. F., & Peres, R. S. (2008). Burnout em profissionais de enfermagem no contexto hospitalar. *Psicologia hospitalar*, 6(1), 39-51.

Silva, J. L. L., Soares, R. S., Costa, F. S., Ramos, D. S., Lima, F. B., & Teixeira, L. R. (2015). Fatores psicossociais e prevalência da síndrome de burnout entre trabalhadores de enfermagem intensivistas. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27, 125-133.

Silva, M., Queirós, C., Cameira, M., Vara, N., & Galvão, A. (2015). Burnout e engagement em profissionais de saúde do interior-norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(3), 286-298.

Silvestre, A. L. (2007). *Análise de Dados e Estatística Descritiva*. Lisboa: Escolar Editora.

Skirrow, S., & Hatton, C. (2007). 'Burnout' amongst direct care workers in services for adults with intellectual disabilities: A systematic review of research findings and initial normative data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 131–144.

Sotomayor, A. M., Rodrigues, J., & Duarte, M. (2014). *Princípios de Gestão das Organizações* (2ª ed.). Venda do Pinheiro: Rei dos Livros.

Sousa, K. H. J. F., Lima, A. D. E. S., Fernandes, S. A., Carvalho, P. M. G., & Araújo, L. M. (2016). Síndrome de burnout entre profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Invest. Enferm.*, 18(2), 137-152.

Sousa, V. F. S., & Araújo, T. C. C. F. (2015). Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 900-915.

Squires, A., Finlayson, C., Gerchow, L., Cimiotti, J. P., Matthews, A., Schwendimann, R., ... & Moreno-Casbas, M. T. (2014). Methodological considerations when translating "burnout". *Burnout research*, 1(2), 59-68.

Stolk, C. V., Staetsky, L., Hassan, E., & Kim, C. W. (2012). *Management of psychosocial risks at work: an analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)*. European Risk Observatory Report. European Agency for Safety and Health at Work. doi, 10, 92077.

Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Flichtentrei, D., Prats, M., Braga, F., Font-Mayolas, S., & Gras, M. E. (2014). The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries. *Burnout Research*, 1(2), 82-89.

Thomas, M., Kohli, V., & Choi, J. (2014). Correlates of job burnout among human services workers: implications for workforce retention. *J. Soc. & Soc. Welfare*, 41, 69.

Trigo, T. R., Teng, C. T., & Hallak, J. E. C. (2007). Síndrome de burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista Psiquiatria Clínica*, 34(5), 223-233.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009a). *Glossário: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2009b). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do Prestador: Recomendações para a Melhoria Contínua* (1^o Ed.). Lisboa.

Vargas, C., Canãdas, G. A., Aguayo, R., Fernández, R., & Fuente, E. I. de la (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 28–38.

World Health Organization (2013). *WHO reform: High-level implementation plan and report*. Sixty-Sixth World Health Assembly. A66/4, 1-40.

Young, S., Duff, S., & Stanney, K. (2016). How Nurses Leaders Can Reduce Burnout: Focus on Mental Energy! *Nurse Leader*, 139-141.

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

Constituição da República Portuguesa – Lei Constitucional de 2 de abril de 1976, alterada pelos seguintes diplomas: Lei Constitucional n.º 1/82, de 30 de setembro, pela Lei Constitucional n.º 1/89, de 08 de julho, pela Lei Constitucional n.º 1/92, de 25 de novembro, pela Lei Constitucional n.º 1/97, de 20 de setembro, pela Lei Constitucional n.º 1/2001, de 12 de dezembro, pela Lei Constitucional n.º 1/2004, de 24 de julho, e pela Lei Constitucional n.º 1/2005, de 12 de agosto.

Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). *Diário da República*, 1^a Série, 109, 3856-3865.

Despacho n.º 19040/2006. (2006). Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. *Diário da República*, 2^a série, 181, 19247-19248.

Lei n.º 102/2009. (2009). Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho. *Diário da República*, 1^a Série, 176, 6167-6192.

ANEXOS

Anexo I – Pedido de autorização para aplicação do questionário aos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira



Guimarães, 23 de junho de 2016

Ex.mo Senhor

Presidente da Direção

do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira,

*Aceto o pedido em
causa com atos de bom
resultado.*

7/10/2016

Guimarães

No âmbito de um estudo de investigação sobre a avaliação de riscos psicossociais a profissionais de saúde, realizado no âmbito da elaboração de uma dissertação do Mestrado em Gestão das Organizações – Gestão de Unidades de Saúde, solicitamos a colaboração da Unidade de Cuidados Continuados cujo órgão de gestão V.ª Ex.ª preside, no sentido de ser autorizada a administração de questionários de opinião aos profissionais de saúde afetos a essa valência da organização.

Anexa-se um exemplar do questionário em questão.

Pede deferimento.

Agradecemos a atenção.

Com os melhores cumprimentos.

A investigadora responsável,

Marisa Alexandra Machado Fernandes

(Marisa Alexandra Machado Fernandes)

Anexo II – Instrumento de colheita de dados

Caro(a) Participante,

Chamo-me Marisa Fernandes e venho solicitar a sua importante colaboração no preenchimento deste questionário, no âmbito do mestrado em Gestão das Organizações – Ramo Gestão de Unidades de Saúde. A investigação tem como objetivo avaliar os níveis de *burnout* e *engagement* nos profissionais da Unidade de Cuidados Continuados do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente, o que garante o seu anonimato. Seja sincero em todas as questões. Não existem respostas certas ou erradas. Solicita-se uma resposta a todos os itens, caso contrário, o questionário não poderá ser considerado.

O questionário encontra-se estruturado em três grupos: no primeiro grupo pretende-se realizar a caracterização sócio-demográfica dos participantes, no segundo grupo é colocado um conjunto de itens sobre sentimentos relacionados com a sua atividade profissional, e no terceiro grupo é apresentada uma escala para avaliar o seu nível de bem-estar no trabalho.

Grata pela colaboração.

GRUPO I – CARATERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Neste grupo encontram-se as variáveis sócio-demográficas em que pedimos que responda e assinale com uma cruz no quadro em que se enquadra.

1 – Sexo

- | | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Feminino |
| <input type="checkbox"/> | Masculino |

2 – Idade: _____ anos

3 – Estado civil

- | | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Solteiro/a |
| <input type="checkbox"/> | Casado/a |
| <input type="checkbox"/> | União de facto |
| <input type="checkbox"/> | Separado/a |
| <input type="checkbox"/> | Divorciado/a |
| <input type="checkbox"/> | Viúvo/a |
| <input type="checkbox"/> | Outro |

4 – Habilitações literárias

<input type="checkbox"/>	Sem escolaridade
<input type="checkbox"/>	1º ciclo do ensino básico (1º - 4º ano)
<input type="checkbox"/>	2º ciclo do ensino básico (5º - 6º ano)
<input type="checkbox"/>	3º ciclo do ensino básico (7º - 9º ano)
<input type="checkbox"/>	Ensino secundário (10º - 12º ano)
<input type="checkbox"/>	Licenciatura
<input type="checkbox"/>	Mestrado
<input type="checkbox"/>	Doutoramento
<input type="checkbox"/>	Outras (especifique): _____

5 – Tipo de vínculo com a empresa

<input type="checkbox"/>	Contrato a termo certo
<input type="checkbox"/>	Contrato por tempo indeterminado
<input type="checkbox"/>	Prestação de serviços
<input type="checkbox"/>	Outro (especifique): _____

6 – Tempo de serviço na empresa

<input type="checkbox"/>	Até um ano
<input type="checkbox"/>	Mais de um ano e menos de três anos
<input type="checkbox"/>	Mais de três anos e menos de cinco anos
<input type="checkbox"/>	Mais de cinco anos e menos de dez anos
<input type="checkbox"/>	Mais de dez anos

7 – Atividade/categoria profissional

<input type="checkbox"/>	Assistente Social
<input type="checkbox"/>	Auxiliar de Ação Médica
<input type="checkbox"/>	Auxiliar de Fisioterapia
<input type="checkbox"/>	Enfermeira/o
<input type="checkbox"/>	Enfermeira Chefe
<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta
<input type="checkbox"/>	Médica
<input type="checkbox"/>	Nutricionista
<input type="checkbox"/>	Psicóloga
<input type="checkbox"/>	Socióloga
<input type="checkbox"/>	Terapeuta da Fala
<input type="checkbox"/>	Terapeuta Ocupacional

8 – Tipo de horário

	Normal (segunda a sexta)		
	Rotativo		Manhã
			Tarde
			Noite

GRUPO II – BURNOUT

No quadro abaixo apresentam-se 22 afirmações sobre sentimentos relacionados com a sua atividade profissional, utilizando a escala MBI - Profissionais de Saúde (Alexandra Marques Pinto, s.d.). Leia cada uma delas e responda de acordo com a sua opinião. Para isso, assinale com uma cruz (X) em frente a cada afirmação tendo em conta a escala que se segue. Caso nunca tenha tido tal sentimento, assinale “0” (nunca). Em caso afirmativo, assinale a frequência (de 1 a 6) que melhor descreve com que frequência se sente dessa forma.

ESCALA DE AVALIAÇÃO						
0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Algumas vezes, ou menos, por ano	Uma vez, ou menos, por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias

ITENS		0	1	2	3	4	5	6
1	Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.							
2	Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.							
3	Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.							
4	Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.							
5	Sinto que trato alguns doentes como se fossem objetos impessoais.							
6	Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.							
7	Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.							
8	Sinto-me esgotada (o) pelo meu trabalho.							
9	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.							
10	Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer esta profissão.							

11	Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.							
12	Sinto-me com muita energia.							
13	Sinto-me frustrada (o) pelo meu trabalho.							
14	Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.							
15	Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.							
16	Trabalhar directamente com pessoas sujeita-me a demasiado stresse.							
17	Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.							
18	Sinto-me cheia (o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.							
19	Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.							
20	Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.							
21	No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.							
22	Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.							

GRUPO III – BEM-ESTAR E TRABALHO

No quadro que se segue vai encontrar 17 questões relacionadas com sentimentos em relação ao trabalho (Schaufeli & Bakker, 2003). Leia cada uma delas e responda de acordo com a sua opinião. Para isso, assinale com uma cruz (X) em frente a cada afirmação tendo em conta a escala que se segue. Caso nunca tenha tido tal sentimento, assinale “0” (nunca). Em caso afirmativo, assinale a frequência (de 1 a 6) que melhor descreveria os seus sentimentos.

ESCALA DE AVALIAÇÃO						
0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Regularmente	Frequentemente	Quase sempre	Sempre

ITENS		0	1	2	3	4	5	6
1	No meu trabalho, sinto-me repleto (cheio) de energia.							
2	Eu acho que o trabalho que realizo é cheio de significado e propósito.							
3	O “tempo voa” quando estou a trabalhar.							
4	No trabalho, sinto-me com força e vigor (vitalidade).							
5	Estou entusiasmado com o meu trabalho.							

6	Quando estou a trabalhar, esqueço tudo o que se passa ao meu redor.							
7	O meu trabalho inspira-me.							
8	Quando me levanto pela manhã, tenho vontade de ir trabalhar.							
9	Sinto-me feliz quando trabalho intensamente.							
10	Estou orgulhoso com o trabalho que realizo.							
11	Sinto-me envolvido com o trabalho que faço.							
12	Posso continuar a trabalhar durante longos períodos de tempo.							
13	Para mim o meu trabalho é desafiador.							
14	“Deixo-me levar” pelo meu trabalho.							
15	No meu trabalho, sou uma pessoa mentalmente resiliente (versátil).							
16	É difícil desligar-me do trabalho.							
17	No trabalho, sou persistente mesmo quando as coisas não vão bem.							

Anexo III – Guião de entrevista

Guião de entrevista

Identificação do entrevistado

Tipo de vínculo	<input type="checkbox"/> Prestação de serviços <input type="checkbox"/> Contrato
------------------------	---

Enquadramento	<i>Burnout</i>	Segundo Mete, Unal, e Bilen (2014), Maslach elaborou a definição mais aceite de <i>burnout</i> . De acordo com a autora, o <i>burnout</i> é uma síndrome expressa por uma sensação de exaustão emocional, dessensibilização e baixo sucesso, percecionada por qualquer pessoa ligada ao trabalho.
	<i>Engagement</i>	O <i>engagement</i> no trabalho é definido como um estado positivo de compromisso, de satisfação, dedicação e absorção, que permite aos colaboradores das organizações experimentar uma sensação de conexão e de realização efetiva com a sua atividade laboral (Ortiz & Jaramillo, 2013).

H1 – Nível de *burnout* nos profissionais de saúde

Literatura	Resultado do questionário	Opinião do entrevistado
Em profissionais da área da saúde, os trabalhadores experimentaram níveis moderados a altos de <i>burnout</i> do trabalho (França et al., 2012; Silva et al., 2015; Thomas, Kohli, & Choi, 2014).	Os profissionais da Unidade de Nespereira apresentam baixos níveis de <i>burnout</i> .	
A dimensão da exaustão emocional continua a emergir como o indicador mais robusto, nos cuidados de saúde (Maslach & Leiter, 2014a).	A dimensão com média mais elevada na Unidade de Nespereira foi a exaustão emocional.	
O item “Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho” apresentou um valor médio de 3.25 (acima do valor médio da escala).		

H2 – Nível de *engagement* nos profissionais de saúde

Literatura	Resultado do questionário	Opinião do entrevistado
Dias e Queirós (2011) referem que os níveis de <i>engagement</i> nos enfermeiros em Portugal são moderados.	Os profissionais da Unidade de Nespereira apresentam elevados níveis de <i>engagement</i> .	
Níveis de <i>engagement</i> moderados são imprescindíveis para um adequado desenvolvimento da prática clínica dos profissionais (Arrogante, Pérez-Garcia, & Aparicio-Zaldívar, 2016).		

H4 – O *burnout* e as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais

VARIÁVEL	LITERATURA sobre <i>burnout</i>	Há relação entre <i>burnout</i> e as variáveis no estudo?	Opinião do entrevistado <i>Burnout</i> vs Variável
Grupo etário	Silva et al. (2015) não encontraram associações significativas entre o <i>burnout</i> e a idade. Outros autores defendem que o <i>burnout</i> está presente nos mais jovens (Ebling & Carlotto, 2012; França et al, 2012; Okwaraji & En, 2014). Outros evidenciam níveis de <i>burnout</i> mais elevados em pessoas mais velhas (Sousa et al., 2016).	Não	
Categoria profissional	Um estudo realizado com médicos e enfermeiros portugueses (Marôco et al., 2016), refere que a análise dos níveis de <i>burnout</i> revelou que ambas as categorias profissionais apresentaram níveis moderados a elevados de <i>burnout</i> , não sendo significativas as diferenças entre as duas profissões.	Não	
Tipo de horário	Kozak et al. (2013), realizaram um estudo que refere ainda que foram inconclusivas as associações entre o <i>burnout</i> e horário de trabalho.	Não	
Tempo de serviço	Os profissionais mais antigos sentem mais o <i>burnout</i> do que os profissionais mais recentes no serviço (Carlotto, 2011). Pelo contrário, Marôco et al. (2016) defendem que os profissionais com maior tempo de serviço são menos acometidos por <i>burnout</i> , comparativamente com os profissionais que desempenham a função há menos tempo.	SIM Os indivíduos com menos tempo de serviço apresentam valores mais baixos de <i>burnout</i> .	

H5 – O *engagement* e as variáveis sócio-demográficas e sócio-profissionais

VARIÁVEL	LITERATURA sobre <i>engagement</i>	Há relação entre <i>engagement</i> e as variáveis no estudo?	Opinião do entrevistado <i>Engagement</i> vs variável
Grupo etário	Alguns autores defendem que os trabalhadores mais velhos apresentam níveis de <i>engagement</i> superiores comparativamente aos inquiridos mais novos (Correia, 2012).	Não	
Tipo de vínculo	Os colaboradores contratados parecem diferir de outros em termos de otimismo, auto-eficácia, auto-estima, resiliência e um estilo de enfrentamento ativo (Silva, Loureiro, & Peres, 2008).	Não	
Tempo de serviço	Os enfermeiros mais novos/menos experientes tendem a apresentar níveis de <i>engagement</i> mais elevados (Pinto et al., 2015).	Não	

Anexo IV – Entrevistas aos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados
Continuados

ENTREVISTA Nº 1

Investigador: Esta entrevista realiza-se no âmbito da tese de mestrado intitulada “O *Burnout* e o *Engagement* na visão dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira”.

Investigador: Autoriza que esta entrevista seja gravada para efeitos de análise de conteúdo?

Maria: Sim.

Investigador: Qual o tipo de vínculo que apresenta com a instituição?

Maria: Prestação de serviços.

Enquadramento

Investigador: O *burnout*, segundo os autores, é entendido como uma síndrome que é expressa por uma sensação de exaustão emocional, dessensibilização e baixo sucesso, que é percebida por qualquer pessoa ligada ao trabalho. Portanto, por outras palavras, pode ser entendido como o esgotamento relacionado com o trabalho. Por outro lado, o *engagement* é entendido como um estado positivo de compromisso, de satisfação, dedicação e absorção, e uma relação efetiva do trabalhador com o seu trabalho; significa isto dizer que o trabalhador se encontra envolvido e apaixonado pelo trabalho que realiza.

H1 – Nível de *burnout* nos profissionais de saúde

Investigador: Em relação ao nível de *burnout* nos profissionais de saúde, segundo as pesquisas efetuadas, os autores referem que nos profissionais de saúde estão presentes níveis moderados a altos de *burnout*. Neste estudo concluiu-se que os profissionais da Unidade de Nespereira apresentam baixos níveis de *burnout*. O que é que acha que pode justificar o facto dos colaboradores desta instituição apresentarem baixos níveis de *burnout*?

Maria: O facto de ser uma instituição em que, na maior parte dos turnos, as tarefas são planeadas, onde existem poucos imprevistos e quando esses existem normalmente temos sempre o apoio dos colegas e isso faz com que seja mais fácil o dia-a-dia na Unidade e no trabalho; as admissões e as altas são sempre programadas. Por outro lado, o tipo de internamento também tem um efeito positivo sobre isto: os utentes encontram-se normalmente estáveis e descompensam poucas vezes.

Investigador: Através da literatura pesquisada, pudemos constatar que a dimensão da exaustão profissional é o indicador que é mais presente nos profissionais dos cuidados de saúde. No que toca ao resultado desta investigação, aquilo que se concluiu foi que nos profissionais de saúde desta instituição, a dimensão mais valorizada vai também ao encontro da literatura, portanto, a exaustão emocional. Isto é, o *burnout* é caracterizado por três dimensões: a exaustão emocional significa que o colaborador tem pouca energia e se sente cansado, portanto apresenta fadiga,

temos a despersonalização, que é quando o colaborador trata a pessoa, cuida da pessoa de forma impessoal, distante, com pouca sensibilidade e a baixa realização profissional é quando o trabalhador não se sente realizado com o trabalho que realiza, é sinónimo de pouco sucesso e até se auto-avalia de forma negativa e não se sente útil com o trabalho que desempenha. Em relação a estas três dimensões, a que foi mais pontuada neste estudo foi a exaustão emocional. Concorde que esta seja a dimensão mais valorizada, ou seja, que a maioria das pessoas aqui não tratem as pessoas de forma impessoal, se sintam realizadas profissionalmente, mas por outro lado apresentem baixa energia e se sintam com fadiga?

Maria: Concorde, na minha opinião também vai muito de encontro à equipa, o facto de nos sentirmos muitas vezes exaustos ou com fadiga, na minha opinião tem muito a ver com o tipo de utentes, porque são utentes mais dependentes, onde é preciso muito energia física, onde nos desgastamos de forma física, e até emocional muitas vezes, porque lidamos com utentes com demências, por exemplo, ou desorientados, o que gasta muito do nosso tempo, da nossa energia, das nossas emoções. Em relação à despersonalização, aqui realmente não ocorre, uma vez que os utentes passam muito tempo connosco e nós vamos tendo um maior carinho com eles.

Investigador: Em relação ao item “Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho” este foi o item que, comparativamente a todos os outros itens do construto *burnout*, apresentou um valor acima da média da escala, portanto, foi o item que apresentou um valor médio maior. Sente-se desgastado ou consumido pelo trabalho que realiza no final do dia de trabalho? Tem essa sensação?

Maria: Eu pessoalmente não, mas acredito que aqui a maior parte dos profissionais sim, porque usamos muito do nosso tempo e do nosso empenho em posicionamentos, transferências, e isso acaba por ser desgastante.

H2 – Nível de *engagement* nos profissionais de saúde

Investigador: A literatura revela que, normalmente, os profissionais de saúde evidenciam níveis de *engagement* moderados. Aquilo que se constatou no estudo aqui realizado, foi que os profissionais desta unidade, contrariamente ao referido na literatura, não apresentam níveis moderados, apresentam sim níveis elevados de *engagement*. O que é que pode explicar esta situação? Como justifica?

Maria: Na minha opinião, vai muito ao encontro da organização da instituição e com a própria direção e com a nossa chefia, que na maior parte das vezes pergunta a nossa opinião pessoal sobre muitos dos aspetos, quase sobre tudo do nosso dia-a-dia, onde temos sempre uma opinião que é tomada em consideração e acabamos por nos sentir envolvidos também com a instituição.

Investigador: “Níveis de *engagement* moderados são imprescindíveis para um adequado desenvolvimento da prática clínica dos profissionais”. O que é que pensa sobre isto? Concorde? Pensa que para um bom desempenho da prática diária dos profissionais de saúde é preciso efetivamente que as pessoas estejam envolvidas com o trabalho que realizam?

Maria: Sem dúvida, eu acho que ninguém gosta de trabalhar contrariado, de fazer as coisas de forma contrariada. Se a organização respeita a nossa opinião e se isso é levado em conta, é a nossa forma de trabalhar, é a nossa forma de ver as coisas, de tratar dos utentes, é sempre a nossa opinião, e se formos bons profissionais, se fizermos as coisas com qualidade, isso é o ideal.

BURNOUT

Investigador: No que toca à relação do *burnout* com o grupo etário, aquilo que nos diz a literatura é que, por um lado não existe relação significativa, há outros autores que nos dizem que as pessoas mais jovens têm maiores níveis de *burnout*, há outros estudos que dizem que os níveis de *burnout* são mais elevados em pessoas mais velhas. O que é que pensa sobre isto?

Maria: Não diria propriamente a idade, mais a personalidade de cada um, e talvez o tempo de serviço.

Investigador: Então em relação ao tempo de serviço, o que é que considera? Acha que existe então diferença entre quem trabalha há mais tempo e entre quem trabalha há menos tempo na instituição?

Maria: Nota-se, pelo menos na minha opinião, que no início temos muito mais paciência, muito mais delicadeza, às vezes coisas em que mais tarde ficamos mais impacientes, mais frios, e no início isto não acontece, e com o passar do tempo vamos ficando mais indiferentes, mais frios, com pouca paciência. Mas, as pessoas mais velhas vão criando estratégias, com o passar dos anos, onde ficam mais frias ou menos pacientes, o que não significa, na minha opinião, que tenham maiores níveis de *burnout* ou pelo menos que isso seja exteriorizável, porque as pessoas vão-se adaptando, vão-se habituando, e o que poderia ser *burnout* acaba por ser quase modo de estar no trabalho.

Investigador: Em relação à categoria profissional, aquilo que nos dizem os estudos, estudos com médicos e enfermeiros, é que não existem diferenças significativas entre a relação das profissões com o *burnout*. Acha que o nível de esgotamento está relacionado com a profissão que a pessoa tem, portanto que é diferente de categoria para categoria?

Maria: Cá na instituição nota-se pouco a diferença, embora concorde que quanto maior a responsabilidade, mais facilmente se atinja esse estado de *burnout*.

Investigador: E em relação ao tipo de horário? Aquilo que nos dizem os estudos é que a relação das duas não é conclusiva. Acha que quem estará mais exausto, mais esgotado, será quem tem um horário por turnos ou quem tem um tipo de horário fixo?

Maria: Nunca trabalhei com horário fixo, mas considero que os turnos rotativos acabam por esgotar mais, muito por causa das rotinas de sono, alterando-as.

ENGAGEMENT

Investigador: No que toca ao *engagement*, os estudos explanam que os trabalhadores mais velhos apresentam níveis de *engagement* superiores, portanto as pessoas mais velhas encontram-se mais envolvidas no trabalho, comparativamente às mais novas. Acha que quem estará mais envolvido são as pessoas mais jovens ou mais velhas?

Maria: Penso que não existe uma relação direta entre o *engagement* e a idade. Na minha opinião vai muito ao encontro da personalidade e da motivação de cada um.

Investigador: Quanto ao tipo de vínculo, aquilo que nos dizem os estudos é que os colaboradores contratados parecem diferir de outros em termos de otimismo, auto-eficácia, auto-estima, resiliência e um estilo de enfrentamento ativo. Pensa que o tipo de vínculo do trabalhador pode interferir com o seu envolvimento no trabalho? Acha que quem se sente mais envolvido serão os profissionais a prestação de serviços ou os profissionais contratados?

Maria: Acho que quem tem um contrato com a instituição acaba por se envolver mais, é o seu trabalho, a sua profissão, o seu local de trabalho, que quer ver melhorado, com mais qualidade, e acaba por trabalhar mais por isso.

Investigador: Em relação ao tempo de serviço aquilo que nos diz a literatura é que os enfermeiros menos experientes tendem a apresentar níveis de *engagement* mais elevados, portanto quem trabalha há menos tempo tem um nível de bem-estar superior. Concorda com isto? Será que quem está mais envolvido no trabalho será quem trabalha há mais tempo ou quem trabalha há menos tempo?

Maria: O tempo de trabalho na instituição faz alguma diferença, no entanto quem cá está há um mês ou dois não se vai sentir assim envolvido, embora muitas vezes acontece que quem está há mais tempo acaba por se desinteressar também.

ENTREVISTA Nº 2

Investigador: Esta entrevista realiza-se no âmbito da tese de mestrado intitulada “O *Burnout* e o *Engagement* na visão dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira”.

Investigador: Autoriza que esta entrevista seja gravada para efeitos de análise de conteúdo?

João: Sim.

Investigador: Qual o tipo de vínculo que apresenta com a instituição?

João: Contrato.

Enquadramento

Investigador: O *burnout*, segundo os autores, é entendido como uma síndrome que é expressa por uma sensação de exaustão emocional, dessensibilização e baixo sucesso, que é percebida por qualquer pessoa ligada ao trabalho. Portanto, por outras palavras, pode ser entendido como o esgotamento relacionado com o trabalho. Por outro lado, o *engagement* é entendido como um estado positivo de compromisso, de satisfação, dedicação e absorção, e uma relação efetiva do trabalhador com o seu trabalho; significa isto dizer que o trabalhador se encontra envolvido e apaixonado pelo trabalho que realiza.

H1 – Nível de *burnout* nos profissionais de saúde

Investigador: Em relação ao nível de *burnout* nos profissionais de saúde, segundo as pesquisas efetuadas, os autores referem que nos profissionais de saúde estão presentes níveis moderados a altos de *burnout*. Neste estudo concluiu-se que os profissionais da Unidade de Nespereira apresentam baixos níveis de *burnout*. O que é que acha que pode justificar o facto dos colaboradores desta instituição apresentarem baixos níveis de *burnout*?

João: Acho que tem a ver com a motivação da equipa, com o facto de ser uma equipa jovem. Para além disso existe uma proximidade entre a equipa de profissionais de saúde e a chefia, da pessoa responsável pela coordenação e dos profissionais de saúde, o que torna mais fácil a resolução de alguns conflitos. Também está relacionado com o trabalho em equipa, ou seja, sempre que existem problemas, de uma forma geral, os profissionais das várias categorias que aqui trabalham, como há um trabalho em equipa, no sentido eminente de uma necessidade ou algum problema ou alguma imprevisibilidade que aconteça, acho que há uma resposta por parte de outros no sentido de ajudar, de colaborar e portanto colmatar essa falha ou essa dificuldade. Por isso, todas essas dificuldades acabam por ser menos complicadas, acaba por haver menos stress por parte dos profissionais e daí que mais facilmente se consegue vencer, ultrapassar essas dificuldades.

Investigador: Através da literatura pesquisada, pudemos constatar que a dimensão da exaustão profissional é o indicador que é mais presente nos profissionais dos cuidados de saúde. No que toca ao resultado desta investigação, aquilo que se concluiu foi que nos profissionais de saúde desta instituição, a dimensão mais valorizada vai também ao encontro da literatura, portanto, a exaustão emocional. Isto é, o *burnout* é caracterizado por três dimensões: a exaustão emocional significa que o colaborador tem pouca energia e se sente cansado, portanto apresenta fadiga, temos a despersonalização, que é quando o colaborador trata a pessoa, cuida da pessoa de forma impessoal, distante, com pouca sensibilidade e a baixa realização profissional é quando o trabalhador não se sente realizado com o trabalho que realiza, é sinónimo de pouco sucesso e até se auto-avalia de forma negativa e não se sente útil com o trabalho que desempenha. Em relação a estas três dimensões, a que foi mais pontuada neste estudo foi a exaustão emocional. Concorde que esta seja a dimensão mais valorizada, ou seja, que a maioria das pessoas aqui não tratem as pessoas de forma impessoal, se sintam realizadas profissionalmente, mas por outro lado apresentem baixa energia e se sintam com fadiga?

João: Sim, sem dúvida que concordo, uma vez que quando trabalhamos com pessoas é difícil gerir as emoções, logo facilmente somos alterados no foro emocional e daí, sofrermos uma exaustão, quer seja no final do turno, quer seja ao final da semana, dependendo das situações, dependendo dos utentes, dependendo das famílias, mas sem dúvida que a parte emocional é a mais afetada, pelo menos é aquilo que eu sinto aqui na instituição. Quanto à despersonalização, isso não acontece, porque nós temos aqui internamentos mais prolongados, e há uma maior proximidade com o utente, portanto isso também não se verifica. Relativamente à baixa realização profissional, tendo em conta que existe um baixo *burnout* se calhar também não existe uma baixa realização profissional tendo em conta que o profissional também está motivado.

Investigador: Em relação ao item “Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho” este foi o item que, comparativamente a todos os outros itens do construto *burnout*, apresentou um valor acima da média da escala, portanto, foi o item que apresentou um valor médio maior. Sente-se desgastado ou consumido pelo trabalho que realiza no final do dia de trabalho? Tem essa sensação?

João: Sim, claro, nem todos os dias são iguais, depende muito da situação do utente, da abordagem da família, depende também do nosso estado emocional previamente, e como já referi anteriormente, a exaustão emocional é mais frequente, logo ao final do dia sinto-me mais exausto, nem é a nível físico, mas mais emocional, há um desgaste, um cansaço até psicológico, às vezes um pouco de falta de paciência, irritação ou stresse por causa deste desgaste emocional que ocorre ao longo do turno.

H2 – Nível de *engagement* nos profissionais de saúde

Investigador: A literatura revela que, normalmente, os profissionais de saúde evidenciam níveis de *engagement* moderados. Aquilo que se constatou no estudo aqui realizado, foi que os profissionais desta unidade, contrariamente ao referido na literatura, não apresentam níveis

moderados, apresentam sim níveis elevados de *engagement*. O que é que pode explicar esta situação? Como justifica?

João: Eu penso que está relacionado com a auto-motivação que cada um tem, e tem a ver com a cooperação do trabalho em equipa, o que nos motiva a trabalhar. Além disso, o facto de vestirmos a camisola, de sermos uma instituição pequena, de haver uma relação mais próxima entre todos os profissionais que aqui trabalham, fortifica-nos e criamos alguma confiança, algum conforto, que nos leva a ter mais vontade, mais força e mais motivação.

Investigador: “Níveis de *engagement* moderados são imprescindíveis para um adequado desenvolvimento da prática clínica dos profissionais”. O que é que pensa sobre isto? Concorde? Pensa que para um bom desempenho da prática diária dos profissionais de saúde é preciso efetivamente que as pessoas estejam envolvidas com o trabalho que realizam?

João: Sim, claro que sim, é importante o *engagement* estar num nível elevado, porque isso vai fazer com que o profissional consiga gerir melhor os conflitos e o stresse no trabalho e depois, por outro lado, acaba por passar isso ao utente, à equipa, e se no meio de uma equipa existem pessoas com elevado *engagement*, motivadas, vão também conseguir motivar as outras, ou seja, por pouco que seja, isso vai sempre influenciar a restante equipa, portanto acho isso essencial.

BURNOUT

Investigador: No que toca à relação do *burnout* com o grupo etário, aquilo que nos diz a literatura é que, por um lado não existe relação significativa, há outros autores que nos dizem que as pessoas mais jovens têm maiores níveis de *burnout*, há outros estudos que dizem que os níveis de *burnout* são mais elevados em pessoas mais velhas. O que é que pensa sobre isto?

João: Eu penso que quanto maior a idade, ou o número de anos de trabalho, aumenta o stresse, aumenta o *burnout*, aumenta o desgaste físico, emocional, por continuamente trabalharmos com pessoas, com utentes e com situações complicadas que às vezes nos levam ao cansaço. E como há pouco falamos, se ao final do turno existe maior esgotamento, ou seja, há maior desgaste, ano após ano, eu penso que com o aumento da idade, será maior o *burnout*, até porque se calhar o jovem, e agora não pensando nos anos de trabalho, mas sim na idade em si, com a mesma equivalência, o mesmo tempo de serviço, por exemplo, penso que os mais jovens têm sempre outra motivação inicial, mais vontade, se calhar outras motivações extra, enquanto que uma pessoa com outra idade, à medida que a idade vai avançando, define outros objetivos, já tem outra experiência de vida e já sabe se há possibilidade das coisas melhorarem, têm outra perspetiva sobre a vida, outra experiência de vida, e se calhar o *burnout* aí será mais elevado.

Investigador: Em relação ao tempo de serviço, ao facto das pessoas trabalharem cá há mais ou menos tempo, o que diz a literatura é que, por um lado, os profissionais mais antigos se sentem mais esgotados, e outros autores consideram que os mais antigos se sentem menos esgotados. Neste estudo, concluiu-se que quem cá trabalha há menos tempo apresenta um nível de *burnout* inferior. Concorde com isto?

João: Eu penso que com o aumento do tempo de serviço, e dos anos a exercer a profissão, que aumenta o *burnout*, ou seja, é diferente o nível de *burnout* numa pessoa que trabalha há um ano na profissão, do que uma pessoa que trabalha há 30 anos na profissão, o desgaste vai acumulando, a pessoa vai-se consumido e vai-se desgastando.

Investigador: Em relação à categoria profissional, aquilo que nos dizem os estudos, estudos com médicos e enfermeiros, é que não existem diferenças significativas entre a relação das profissões com o *burnout*. Acha que o nível de esgotamento está relacionado com a profissão que a pessoa tem, portanto que é diferente de categoria para categoria?

João: Não, eu penso que o que difere é se calhar o tempo de exposição, ou de contacto ou de permanência com o utente ou família, eu acho que aí aumenta. Agora independentemente da categoria profissional, de ser enfermeiro ou médico, por exemplo, ou técnico auxiliar, qualquer um deles, eu penso que não vai interferir, eu penso que o que interfere mais é mesmo o lidar diretamente com os utentes, por causa da questão emocional, mais uma vez. Eu penso que o *burnout* não é distinguido então, entre categoria profissional, mas sim em tempo de permanência direta ou relação próxima com o utente e com a família. Penso que o auxiliar de ação médica, psicóloga, enfermeiros, e talvez fisioterapeuta, serão aquelas que terão um maior índice de *burnout* comparativamente aos outros profissionais, pela razão que eu já referi anteriormente.

Investigador: E em relação ao tipo de horário? Aquilo que nos dizem os estudos é que a relação das duas não é conclusiva. Acha que quem estará mais exausto, mais esgotado, será quem tem um horário por turnos ou quem tem um tipo de horário fixo?

João: Na minha opinião é quem tem um tipo de horário por turnos, tendo em conta que há alterações das rotinas, há muita alteração até do próprio metabolismo e isso vai gerar alterações a nível fisiológico, não só psicológico do profissional de saúde, o facto de trabalhar por turnos vai aumentar o *burnout*, na minha opinião.

ENGAGEMENT

Investigador: No que toca ao *engagement*, os estudos explanam que os trabalhadores mais velhos apresentam níveis de *engagement* superiores, portanto as pessoas mais velhas encontram-se mais envolvidas no trabalho, comparativamente às mais novas. Acha que quem estará mais envolvido são as pessoas mais jovens ou mais velhas?

João: Penso que são as mais velhas, porque as pessoas, com o tempo de exposição ao trabalho, com a experiência de vida vão criando algumas estratégias e arranjam algumas ferramentas para lidar com as formas de stresse que levam ao *burnout*, ou seja, se eu já nesta situação, ou perante uma determinada situação, tiver dificuldade em gerir, possivelmente da próxima vez vou tentar gerir de outra forma para melhorar ou reduzir o *burnout*. Acho que a nossa experiência de vida leva a que consigamos aumentar o nosso *engagement*.

Investigador: Quanto ao tipo de vínculo, aquilo que nos dizem os estudos é que os colaboradores contratados parecem diferir de outros em termos de otimismo, auto-eficácia, auto-estima, resiliência e um estilo de enfrentamento ativo. Pensa que o tipo de vínculo do trabalhador pode interferir com o seu envolvimento no trabalho? Acha que quem se sente mais envolvido serão os profissionais a prestação de serviços ou os profissionais contratados?

João: Isto sinceramente é um pau de dois bicos, porque por um lado um profissional, como eu, contratado, pode ter maior motivação pelo facto de ter um vínculo à instituição, maior motivação, de se dedicar, de trabalhar, de ter um melhor desempenho, por outro, quem está a prestação de serviços também pode ter esta motivação no sentido de vir a ter, criar, um vínculo com a instituição. Mas depois há aqueles a contrato, que têm um vínculo com a instituição, que podem já não se sentir motivados uma vez que já alcançaram aquilo que desejaram e podem não querer, ou desejar, ou ter outra motivação para trabalhar, ou seja, para melhorar o seu desempenho, o que pode acontecer com os que não têm um vínculo, de se esforçar mais e ter um melhor desempenho no sentido de alcançar esse objetivo. Por outro lado, aqueles que não têm um vínculo com a instituição podem não ter esta motivação no sentido de não se verem obrigados a ter um excelente desempenho. Por isso, podemos ter das duas formas, eu acho que esta questão do vínculo não é igual para toda a gente, é diferente de pessoa para pessoa.

Investigador: Em relação ao tempo de serviço aquilo que nos diz a literatura é que os enfermeiros menos experientes tendem a apresentar níveis de *engagement* mais elevados, portanto quem trabalha há menos tempo tem um nível de bem-estar superior. Concorda com isto? Será que quem está mais envolvido no trabalho será quem trabalha há mais tempo ou quem trabalha há menos tempo?

João: Por um lado quem trabalha há pouco tempo ainda vem com motivação, ainda vem com a força, com a paixão pela profissão, ainda passou por poucas situações de *burnout* e se calhar aí ainda têm uma boa base e um saco cheio de *engagement*, mas depois ao longo da profissão vai-se desgastando, vai-se reduzindo esta capacidade. Mas por outro lado, existe a questão de se for há muito tempo de serviço, a pessoa cria as tais ferramentas que podem ajudar a desenvolver, a aumentar o seu *engagement*. Por isso, acho que numa fase inicial o *engagement* deve ser elevado, depois à medida que o tempo aumenta, este vai-se reduzindo, até chegar a um momento em que o profissional de saúde se apercebe da situação e vai criando estratégias com as suas experiências e vai começando a querer aumentar o seu *engagement*.

ENTREVISTA Nº 3

Investigador: Esta entrevista realiza-se no âmbito da tese de mestrado intitulada “O *Burnout* e o *Engagement* na visão dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira”.

Investigador: Autoriza que esta entrevista seja gravada para efeitos de análise de conteúdo?

Carolina: Sim.

Investigador: Qual o tipo de vínculo que apresenta com a instituição?

Carolina: Contrato.

Enquadramento

Investigador: O *burnout*, segundo os autores, é entendido como uma síndrome que é expressa por uma sensação de exaustão emocional, dessensibilização e baixo sucesso, que é percebida por qualquer pessoa ligada ao trabalho. Portanto, por outras palavras, pode ser entendido como o esgotamento relacionado com o trabalho. Por outro lado, o *engagement* é entendido como um estado positivo de compromisso, de satisfação, dedicação e absorção, e uma relação efetiva do trabalhador com o seu trabalho; significa isto dizer que o trabalhador se encontra envolvido e apaixonado pelo trabalho que realiza.

H1 – Nível de *burnout* nos profissionais de saúde

Investigador: Em relação ao nível de *burnout* nos profissionais de saúde, segundo as pesquisas efetuadas, os autores referem que nos profissionais de saúde estão presentes níveis moderados a altos de *burnout*. Neste estudo concluiu-se que os profissionais da Unidade de Nespereira apresentam baixos níveis de *burnout*. O que é que acha que pode justificar o facto dos colaboradores desta instituição apresentarem baixos níveis de *burnout*?

Carolina: Talvez o gosto pela profissão, pelo que estão a desempenhar; o facto de para algumas pessoas este ser o primeiro local em que existe um primeiro contacto com a área da saúde e este ser um local que nos traz uma boa experiência profissional. Além disso, temos uma chefe que olha pelos nossos interesses e que está sempre a ouvir-nos, por exemplo através das reuniões que se realizam periodicamente, questionando se o profissional se sente bem enquadrado, como se sentem os profissionais enquanto equipa, como é que o trabalho flui.

Investigador: Através da literatura pesquisada, pudemos constatar que a dimensão da exaustão profissional é o indicador que é mais presente nos profissionais dos cuidados de saúde. No que toca ao resultado desta investigação, aquilo que se concluiu foi que nos profissionais de saúde desta instituição, a dimensão mais valorizada vai também ao encontro da literatura, portanto, a exaustão emocional. Isto é, o *burnout* é caracterizado por três dimensões: a exaustão emocional significa que o colaborador tem pouca energia e se sente cansado, portanto apresenta fadiga,

temos a despersonalização, que é quando o colaborador trata a pessoa, cuida da pessoa de forma impessoal, distante, com pouca sensibilidade e a baixa realização profissional é quando o trabalhador não se sente realizado com o trabalho que realiza, é sinónimo de pouco sucesso e até se auto-avalia de forma negativa e não se sente útil com o trabalho que desempenha. Em relação a estas três dimensões, a que foi mais pontuada neste estudo foi a exaustão emocional. Concorde que esta seja a dimensão mais valorizada, ou seja, que a maioria das pessoas aqui não tratem as pessoas de forma impessoal, se sintam realizadas profissionalmente, mas por outro lado apresentem baixa energia e se sintam com fadiga?

Carolina: Não concordo, eu não sinto isso, porque faço isso por gosto e já faço isso há muitos anos. Acontece sim, quando existem colegas novos na equipa e temos de supervisionar o trabalho que eles fazem, aí sim, ao fim do dia estamos mais cansados.

Investigador: Em relação ao item “Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho” este foi o item que, comparativamente a todos os outros itens do construto *burnout*, apresentou um valor acima da média da escala, portanto, foi o item que apresentou um valor médio maior. Sente-se desgastado ou consumido pelo trabalho que realiza no final do dia de trabalho? Tem essa sensação?

Carolina: Depende do espírito de equipa, do tipo de doentes que temos internados, temos doentes que precisam mais da nossa atenção, que são mais apelativos. E também por causa das famílias, que são muito muito apelativas. Eu gosto de estar aqui, gosto disto, mas requer esforço físico.

H2 – Nível de *engagement* nos profissionais de saúde

Investigador: A literatura revela que, normalmente, os profissionais de saúde evidenciam níveis de *engagement* moderados. Aquilo que se constatou no estudo aqui realizado, foi que os profissionais desta unidade, contrariamente ao referido na literatura, não apresentam níveis moderados, apresentam sim níveis elevados de *engagement*. O que é que pode explicar esta situação? Como justifica?

Carolina: O trabalho de equipa é bastante bom e só isso é compensatório. O facto de nos relacionarmos há já cinco anos, aqui no trabalho, faz com que nos conheçamos melhor.

Investigador: “Níveis de *engagement* moderados são imprescindíveis para um adequado desenvolvimento da prática clínica dos profissionais”. O que é que pensa sobre isto? Concorde? Pensa que para um bom desempenho da prática diária dos profissionais de saúde é preciso efetivamente que as pessoas estejam envolvidas com o trabalho que realizam?

Carolina: Acho que sim, se a pessoa não gostar, não se consegue envolver no trabalho. É importante gostar, até para nos pormos na pele do doente.

BURNOUT

Investigador: No que toca à relação do *burnout* com o grupo etário, aquilo que nos diz a literatura é que, por um lado não existe relação significativa, há outros autores que nos dizem que as pessoas mais jovens têm maiores níveis de *burnout*, há outros estudos que dizem que os níveis de *burnout* são mais elevados em pessoas mais velhas. O que é que pensa sobre isto?

Carolina: Acho que pelo facto dos mais jovens não terem uma vida com tanta responsabilidade (filhos, marido), não têm tanta noção da responsabilidade e não estão tão cansados.

Investigador: Em relação à categoria profissional, aquilo que nos dizem os estudos, estudos com médicos e enfermeiros, é que não existem diferenças significativas entre a relação das profissões com o *burnout*. Acha que o nível de esgotamento está relacionado com a profissão que a pessoa tem, portanto que é diferente de categoria para categoria?

Carolina: Acho que não há relação, pois depende muito de cada profissional, daquilo que ele dá de si aos doentes. Se alguém tivesse que sentir mais cansaço acho que até seriam os enfermeiros, porque a responsabilidade deles é maior.

Investigador: E em relação ao tipo de horário? Aquilo que nos dizem os estudos é que a relação das duas não é conclusiva. Acha que quem estará mais exausto, mais esgotado, será quem tem um horário por turnos ou quem tem um tipo de horário fixo?

Carolina: Acho que quem trabalha por turnos se sente mais cansado e pior ainda quem faz noites. Não trabalhando de noite, isso faz com que o cansaço não seja tanto. A família sai é prejudicada pelo facto de trabalharmos ao fim de semana, que é a altura em que eles estão em casa e nós estamos a trabalhar.

Investigador: Em relação ao tempo de serviço, ao facto das pessoas trabalharem cá há mais ou menos tempo, o que diz a literatura é que, por um lado, os profissionais mais antigos se sentem mais esgotados, e outros autores consideram que os mais antigos se sentem menos esgotados. Neste estudo, concluiu-se que quem cá trabalha há menos tempo apresenta um nível de *burnout* inferior. Concorde com isto?

Carolina: Concorde, quem está há mais tempo sente-se mais responsável, quem está há menos tempo muitas vezes não tem conhecimento de certos serviços e pede ajuda a quem trabalha há mais tempo.

ENGAGEMENT

Investigador: No que toca ao *engagement*, os estudos explanam que os trabalhadores mais velhos apresentam níveis de *engagement* superiores, portanto as pessoas mais velhas encontram-se mais envolvidas no trabalho, comparativamente às mais novas. Acha que quem estará mais envolvido são as pessoas mais jovens ou mais velhas?

Carolina: Acho que os mais velhos se sentem mais envolvidos, pois já têm mais experiência de vida.

Investigador: Quanto ao tipo de vínculo, aquilo que nos dizem os estudos é que os colaboradores contratados parecem diferir de outros em termos de otimismo, auto-eficácia, auto-estima, resiliência e um estilo de enfrentamento ativo. Pensa que o tipo de vínculo do trabalhador pode interferir com o seu envolvimento no trabalho? Acha que quem se sente mais envolvido serão os profissionais a prestação de serviços ou os profissionais contratados?

Carolina: Sem dúvida, eu já estive nos dois lados e por mim falo. Estando a prestação de serviços o profissional trabalha mas não sente aquela obrigação; agora eu estou a contrato e sei que vou ter recompensas pelo trabalho que realizo: o direito a férias, o subsídio de férias, de Natal, isso faz com que esteja mais motivada comparativamente a quando estava a prestação de serviços.

Investigador: Em relação ao tempo de serviço aquilo que nos diz a literatura é que os enfermeiros menos experientes tendem a apresentar níveis de *engagement* mais elevados, portanto quem trabalha há menos tempo tem um nível de bem-estar superior. Concorda com isto? Será que quem está mais envolvido no trabalho será quem trabalha há mais tempo ou quem trabalha há menos tempo?

Carolina: Depende da pessoa. Às vezes os mais jovens, que tiram o curso de técnico auxiliar de saúde, não vêm por gosto, pois não era a área que pretendiam e não estão tão envolvidos. Nós mais velhos, que já tivemos outras experiências, se estamos aqui é porque gostamos. Mas pode existir um trabalhador que cá esteja há pouco tempo e outro que esteja há muito e nenhum deles esteja envolvido.

ENTREVISTA Nº 4

Investigador: Esta entrevista realiza-se no âmbito da tese de mestrado intitulada “O *Burnout* e o *Engagement* na visão dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira”.

Investigador: Autoriza que esta entrevista seja gravada para efeitos de análise de conteúdo?

Teresa: Sim.

Investigador: Qual o tipo de vínculo que apresenta com a instituição?

Teresa: Contrato.

Enquadramento

Investigador: O *burnout*, segundo os autores, é entendido como uma síndrome que é expressa por uma sensação de exaustão emocional, dessensibilização e baixo sucesso, que é percebida por qualquer pessoa ligada ao trabalho. Portanto, por outras palavras, pode ser entendido como o esgotamento relacionado com o trabalho. Por outro lado, o *engagement* é entendido como um estado positivo de compromisso, de satisfação, dedicação e absorção, e uma relação efetiva do trabalhador com o seu trabalho; significa isto dizer que o trabalhador se encontra envolvido e apaixonado pelo trabalho que realiza.

H1 – Nível de *burnout* nos profissionais de saúde

Investigador: Em relação ao nível de *burnout* nos profissionais de saúde, segundo as pesquisas efetuadas, os autores referem que nos profissionais de saúde estão presentes níveis moderados a altos de *burnout*. Neste estudo concluiu-se que os profissionais da Unidade de Nespereira apresentam baixos níveis de *burnout*. O que é que acha que pode justificar o facto dos colaboradores desta instituição apresentarem baixos níveis de *burnout*?

Teresa: Pode ser explicado pelo acompanhamento dado pela chefia, tanto da enfermeira-chefe como da direção técnica, pois acho que nos acompanham e estão sempre prontos para nos ajudar se tivermos problemas pessoais ou profissionais.

Investigador: Através da literatura pesquisada, pudemos constatar que a dimensão da exaustão profissional é o indicador que é mais presente nos profissionais dos cuidados de saúde. No que toca ao resultado desta investigação, aquilo que se concluiu foi que nos profissionais de saúde desta instituição, a dimensão mais valorizada vai também ao encontro da literatura, portanto, a exaustão emocional. Isto é, o *burnout* é caracterizado por três dimensões: a exaustão emocional significa que o colaborador tem pouca energia e se sente cansado, portanto apresenta fadiga, temos a despersonalização, que é quando o colaborador trata a pessoa, cuida da pessoa de forma impessoal, distante, com pouca sensibilidade e a baixa realização profissional é quando o trabalhador não se sente realizado com o trabalho que realiza, é sinónimo de pouco sucesso e até

se auto-avalia de forma negativa e não se sente útil com o trabalho que desempenha. Em relação a estas três dimensões, a que foi mais pontuada neste estudo foi a exaustão emocional. Concorde que esta seja a dimensão mais valorizada, ou seja, que a maioria das pessoas aqui não tratem as pessoas de forma impessoal, se sintam realizadas profissionalmente, mas por outro lado apresentem baixa energia e se sintam com fadiga?

Teresa: Sim, sem dúvida, pois este é um trabalho muito físico, o que nos provoca muita exaustão e chegamos ao final do dia muito cansados; temos de estar sempre disponíveis e abertos para ajudar porque as pessoas precisam de nós. Aqui não assisto a situações desagradáveis que se possam apontar sobre qualquer profissional, em relação ao tratamento dos doentes.

Investigador: Em relação ao item “Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho” este foi o item que, comparativamente a todos os outros itens do construto *burnout*, apresentou um valor acima da média da escala, portanto, foi o item que apresentou um valor médio maior. Sente-se desgastado ou consumido pelo trabalho que realiza no final do dia de trabalho? Tem essa sensação?

Teresa: Sim, chego ao final do dia desgastada e tenho aquela necessidade de descansar para me preparar para o dia seguinte, quer pelos treinos de marcha, transferências, mobilizações, treinos de ortostatismo que realizo no dia a dia.

H2 – Nível de *engagement* nos profissionais de saúde

Investigador: A literatura revela que, normalmente, os profissionais de saúde evidenciam níveis de *engagement* moderados. Aquilo que se constatou no estudo aqui realizado, foi que os profissionais desta unidade, contrariamente ao referido na literatura, não apresentam níveis moderados, apresentam sim níveis elevados de *engagement*. O que é que pode explicar esta situação? Como justifica?

Teresa: Pela direção, pela chefia, que nos ajuda e está sempre presente para nos dar esse apoio que precisamos e também nos envolve no serviço e nos explica o que fazemos de bem ou menos bem para tentarmos melhorar as coisas que fazemos de menos bem, dizendo-nos diariamente ou periodicamente nas avaliações de desempenho, onde temos a oportunidade de discutir isso.

Investigador: “Níveis de *engagement* moderados são imprescindíveis para um adequado desenvolvimento da prática clínica dos profissionais”. O que é que pensa sobre isto? Concorde? Pensa que para um bom desempenho da prática diária dos profissionais de saúde é preciso efetivamente que as pessoas estejam envolvidas com o trabalho que realizam?

Teresa: Concorde, porque se o profissional não se sentir envolvido sente-se descartado da situação e não sabe como deve trabalhar, como deve seguir o seu trabalho.

BURNOUT

Investigador: No que toca à relação do *burnout* com o grupo etário, aquilo que nos diz a literatura é que, por um lado não existe relação significativa, há outros autores que nos dizem que as

peessoas mais jovens têm maiores níveis de *burnout*, há outros estudos que dizem que os níveis de *burnout* são mais elevados em pessoas mais velhas. O que é que pensa sobre isto?

Teresa: Eu não vejo qualquer relação.

Investigador: Em relação à categoria profissional, aquilo que nos dizem os estudos, estudos com médicos e enfermeiros, é que não existem diferenças significativas entre a relação das profissões com o *burnout*. Acha que o nível de esgotamento está relacionado com a profissão que a pessoa tem, portanto que é diferente de categoria para categoria?

Teresa: Acho que sim, tanto os enfermeiros, como o fisioterapeuta ou psicólogo ou assistente social têm um maior nível de esgotamento porque têm mais responsabilidades, pois as responsabilidades acarretam outras situações. Eles lidam com o próprio utente e também têm outras funções, nomeadamente a nível informático, como as avaliações diárias, quinzenais, mensais, as notas de alta, tudo isso consome um pouco mais os profissionais.

Investigador: E em relação ao tipo de horário? Aquilo que nos dizem os estudos é que a relação das duas não é conclusiva. Acha que quem estará mais exausto, mais esgotado, será quem tem um horário por turnos ou quem tem um tipo de horário fixo?

Teresa: Eu não tenho experiência de turnos rotativos, apesar de acreditar que seja um trabalho muito mais desgastante, também por trabalharem à noite, aos fins de semana, o facto de estarem mais separados das famílias, isso provoca um maior nível de esgotamento, acredito que sim.

Investigador: Em relação ao tempo de serviço, ao facto das pessoas trabalharem cá há mais ou menos tempo, o que diz a literatura é que, por um lado, os profissionais mais antigos se sentem mais esgotados, e outros autores consideram que os mais antigos se sentem menos esgotados. Neste estudo, concluiu-se que quem cá trabalha há menos tempo apresenta um nível de *burnout* inferior. Concorde com isto?

Teresa: Sim, concordo. Quem cá está há menos tempo tem menos contacto com os utentes, tem menos desgaste físico e quanto mais tempo se passa, mais esgotamento existe, pensando que é óbvio que quem cá está há mais tempo se sente mais esgotado.

ENGAGEMENT

Investigador: No que toca ao *engagement*, os estudos explanam que os trabalhadores mais velhos apresentam níveis de *engagement* superiores, portanto as pessoas mais velhas encontram-se mais envolvidas no trabalho, comparativamente às mais novas. Acha que quem estará mais envolvido são as pessoas mais jovens ou mais velhas?

Teresa: Acho que não existe diferença do *engagement* em relação ao grupo etário.

Investigador: Quanto ao tipo de vínculo, aquilo que nos dizem os estudos é que os colaboradores contratados parecem diferir de outros em termos de otimismo, auto-eficácia, auto-estima, resiliência e um estilo de enfrentamento ativo. Pensa que o tipo de vínculo do trabalhador pode

interferir com o seu envolvimento no trabalho? Acha que quem se sente mais envolvido serão os profissionais a prestação de serviços ou os profissionais contratados?

Teresa: Uma pessoa que esteja a contrato sente-se mais envolvida do que uma pessoa que esteja a prestação de serviços, pois sente-se mais segura, apresenta uma maior estabilidade profissional.

Investigador: Em relação ao tempo de serviço aquilo que nos diz a literatura é que os enfermeiros menos experientes tendem a apresentar níveis de *engagement* mais elevados, portanto quem trabalha há menos tempo tem um nível de bem-estar superior. Concorda com isto? Será que quem está mais envolvido no trabalho será quem trabalha há mais tempo ou quem trabalha há menos tempo?

Teresa: Concordo, pois quem tem mais tempo de serviço terá um nível de *burnout* maior e portanto sente-se mais desgastado e não tem tanta motivação e tanta força para trabalhar.

ENTREVISTA Nº 5

Investigador: Esta entrevista realiza-se no âmbito da tese de mestrado intitulada “O *Burnout* e o *Engagement* na visão dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira”.

Investigador: Autoriza que esta entrevista seja gravada para efeitos de análise de conteúdo?

Margarida: Sim.

Investigador: Qual o tipo de vínculo que apresenta com a instituição?

Margarida: Prestação de serviços.

Enquadramento

Investigador: O *burnout*, segundo os autores, é entendido como uma síndrome que é expressa por uma sensação de exaustão emocional, dessensibilização e baixo sucesso, que é percecionada por qualquer pessoa ligada ao trabalho. Portanto, por outras palavras, pode ser entendido como o esgotamento relacionado com o trabalho. Por outro lado, o *engagement* é entendido como um estado positivo de compromisso, de satisfação, dedicação e absorção, e uma relação efetiva do trabalhador com o seu trabalho; significa isto dizer que o trabalhador se encontra envolvido e apaixonado pelo trabalho que realiza.

H1 – Nível de *burnout* nos profissionais de saúde

Investigador: Em relação ao nível de *burnout* nos profissionais de saúde, segundo as pesquisas efetuadas, os autores referem que nos profissionais de saúde estão presentes níveis moderados a altos de *burnout*. Neste estudo concluiu-se que os profissionais da Unidade de Nespereira apresentam baixos níveis de *burnout*. O que é que acha que pode justificar o facto dos colaboradores desta instituição apresentarem baixos níveis de *burnout*?

Margarida: Eu acho que há vários fatores: a satisfação com que o trabalho é feito, o entendimento das chefias, a colaboração entre todos os profissionais da equipa.

Investigador: Através da literatura pesquisada, pudemos constatar que a dimensão da exaustão profissional é o indicador que é mais presente nos profissionais dos cuidados de saúde. No que toca ao resultado desta investigação, aquilo que se concluiu foi que nos profissionais de saúde desta instituição, a dimensão mais valorizada vai também ao encontro da literatura, portanto, a exaustão emocional. Isto é, o *burnout* é caracterizado por três dimensões: a exaustão emocional significa que o colaborador tem pouca energia e se sente cansado, portanto apresenta fadiga, temos a despersonalização, que é quando o colaborador trata a pessoa, cuida da pessoa de forma impessoal, distante, com pouca sensibilidade e a baixa realização profissional é quando o trabalhador não se sente realizado com o trabalho que realiza, é sinónimo de pouco sucesso e até se auto-avalia de forma negativa e não se sente útil com o trabalho que desempenha. Em relação

a estas três dimensões, a que foi mais pontuada neste estudo foi a exaustão emocional. Concorde que esta seja a dimensão mais valorizada, ou seja, que a maioria das pessoas aqui não tratem as pessoas de forma impessoal, se sintam realizadas profissionalmente, mas por outro lado apresentem baixa energia e se sintam com fadiga?

Margarida: Concorde, e eu acho que isto acaba por ser explicado pelo facto de trabalharmos com pessoas. Trabalhar com pessoas é muito gratificante, qualquer evolução, qualquer obrigada, qualquer sorriso, portanto descarto logo a última dimensão; no que toca à despersonalização, nós também somos pessoas e não sabemos quando vamos também estar do outro lado e é um pouco tratar bem o outro. Portanto falando por mim, acho que é mesmo a exaustão, sinto-me cansada, desgastada, mas acho que os outros não têm de padecer pelo meu cansaço.

Investigador: Em relação ao item “Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho” este foi o item que, comparativamente a todos os outros itens do construto *burnout*, apresentou um valor acima da média da escala, portanto, foi o item que apresentou um valor médio maior. Sente-se desgastado ou consumido pelo trabalho que realiza no final do dia de trabalho? Tem essa sensação?

Margarida: Não me sinto cansada pelo tipo de trabalho que realizo aqui, pois não estou cá muitas horas. Mas entendo que assim o seja, no que toca aos turnos, acredito que para eles o fim do dia seja muito mais cansativo.

H2 – Nível de *engagement* nos profissionais de saúde

Investigador: A literatura revela que, normalmente, os profissionais de saúde evidenciam níveis de *engagement* moderados. Aquilo que se constatou no estudo aqui realizado, foi que os profissionais desta unidade, contrariamente ao referido na literatura, não apresentam níveis moderados, apresentam sim níveis elevados de *engagement*. O que é que pode explicar esta situação? Como justifica?

Margarida: Acho que aqui na unidade se acaba por criar uma relação empática, criamos laços com os utentes, tendo em conta que grande parte dos internamentos são prolongados. Acho que o nosso envolvimento aumenta tendo em conta a relação que temos com as pessoas, com os utentes, com as famílias e dá mais paixão trabalhar desta forma, com este envolvimento.

Investigador: “Níveis de *engagement* moderados são imprescindíveis para um adequado desenvolvimento da prática clínica dos profissionais”. O que é que pensa sobre isto? Concorde? Pensa que para um bom desempenho da prática diária dos profissionais de saúde é preciso efetivamente que as pessoas estejam envolvidas com o trabalho que realizam?

Margarida: Sim, sem dúvida, acho que faz todo o sentido. Se fôssemos máquinas era tudo um seriado; mas são pessoas e temos de responder a diferentes interesses, diferentes motivações e necessidades e cada pessoa é uma pessoa diferente e nós só vamos estar predispostos a conhecer os outros, a perceber o que o outro precisa se estivermos envolvidos, senão iríamos tornar tudo mecanizado.

BURNOUT

Investigador: No que toca à relação do *burnout* com o grupo etário, aquilo que nos diz a literatura é que, por um lado não existe relação significativa, há outros autores que nos dizem que as pessoas mais jovens têm maiores níveis de *burnout*, há outros estudos que dizem que os níveis de *burnout* são mais elevados em pessoas mais velhas. O que é que pensa sobre isto?

Margarida: Não considero que exista influência.

Investigador: Em relação à categoria profissional, aquilo que nos dizem os estudos, estudos com médicos e enfermeiros, é que não existem diferenças significativas entre a relação das profissões com o *burnout*. Acha que o nível de esgotamento está relacionado com a profissão que a pessoa tem, portanto que é diferente de categoria para categoria?

Margarida: Acho que há profissões que poderão estar mais expostas ao *burnout* provavelmente devido à responsabilidade. Das categorias desta instituição, pela perceção que tenho sobre o trabalho que realizam, acho que a assistente social, a enfermeira chefe e a psicóloga, não tanto pelos utentes, mas pela relação familiar, disputas e conflitos que existem, que tudo isto aqui envolve, não têm um trabalho fácil.

Investigador: E em relação ao tipo de horário? Aquilo que nos dizem os estudos é que a relação das duas não é conclusiva. Acha que quem estará mais exausto, mais esgotado, será quem tem um horário por turnos ou quem tem um tipo de horário fixo?

Margarida: Acho que trabalhar por turnos deverá ser mais difícil do que cumprir um horário. Acredito que possa haver uma relação, apesar de não ser uma coisa notória aqui na instituição, mas acho que quem trabalha por turnos está mais sujeito a sentir esse stresse, esse *burnout*, não só em termos pessoais, mas até fisiológicos, penso que acaba por influenciar.

Investigador: Em relação ao tempo de serviço, ao facto das pessoas trabalharem cá há mais ou menos tempo, o que diz a literatura é que, por um lado, os profissionais mais antigos se sentem mais esgotados, e outros autores consideram que os mais antigos se sentem menos esgotados. Neste estudo, concluiu-se que quem cá trabalha há menos tempo apresenta um nível de *burnout* inferior. Concorda com isto?

Margarida: Pode fazer algum sentido, pois acaba por ser um trabalho um pouco rotineiro, principalmente quando falamos de algumas classes, como os enfermeiros, os auxiliares, até a minha, e no início temos mais vontade, mais predisposição, mais entusiasmo, do que propriamente ao final de algum tempo. O facto de ser um pouco rotineiro acaba por fazer com que haja menos predisposição e pode desgastar um pouco mais.

ENGAGEMENT

Investigador: No que toca ao *engagement*, os estudos explanam que os trabalhadores mais velhos apresentam níveis de *engagement* superiores, portanto as pessoas mais velhas

encontram-se mais envolvidas no trabalho, comparativamente às mais novas. Acha que quem estará mais envolvido são as pessoas mais jovens ou mais velhas?

Margarida: Acho que não há relação.

Investigador: Quanto ao tipo de vínculo, aquilo que nos dizem os estudos é que os colaboradores contratados parecem diferir de outros em termos de otimismo, auto-eficácia, auto-estima, resiliência e um estilo de enfrentamento ativo. Pensa que o tipo de vínculo do trabalhador pode interferir com o seu envolvimento no trabalho? Acha que quem se sente mais envolvido serão os profissionais a prestação de serviços ou os profissionais contratados?

Margarida: Penso que não. Aqui, e se calhar poderia falar em Portugal nos dias que correm, em parte das categorias, a minha, o fisioterapeuta, o terapeuta da fala, e às vezes até enfermeiros, nos dias que correm, tudo o que seja oferta de emprego ter a ver com prestação de serviços, que nós acabamos por nos resignar e queremos é fazer o nosso trabalho, seja em que circunstâncias for, excluindo o tipo de vínculo, pois neste momento é o que temos de oferta, e qualquer outra coisa que venha é ótimo, é uma exceção. Isto acaba por ser uma regra, o vínculo a prestação de serviços. Sendo nós profissionais de saúde acho que devemos ter sempre esse envolvimento, e não acho que se justifique por isso. Cá não noto diferença, porque a própria direção não nos trata com essa diferença, nós não somos postos em risco frequentemente, acho que acaba por ser apenas uma diferença ao fim do mês; somos igualmente valorizados como os profissionais a contrato.

Investigador: Em relação ao tempo de serviço aquilo que nos diz a literatura é que os enfermeiros menos experientes tendem a apresentar níveis de *engagement* mais elevados, portanto quem trabalha há menos tempo tem um nível de bem-estar superior. Concorde com isto? Será que quem está mais envolvido no trabalho será quem trabalha há mais tempo ou quem trabalha há menos tempo?

Margarida: Acho que não existe relação, acho que depende das pessoas, da vocação, da vontade que têm para trabalhar, acho que depende de pessoa para pessoa.

ENTREVISTA Nº 6

Investigador: Esta entrevista realiza-se no âmbito da tese de mestrado intitulada “O *Burnout* e o *Engagement* na visão dos profissionais de saúde da Unidade de Longa Duração e Manutenção do Centro Social da Paróquia de Santa Eulália de Nespereira”.

Investigador: Autoriza que esta entrevista seja gravada para efeitos de análise de conteúdo?

Rita: Sim.

Investigador: Qual o tipo de vínculo que apresenta com a instituição?

Rita: Prestação de serviços.

Enquadramento

Investigador: O *burnout*, segundo os autores, é entendido como uma síndrome que é expressa por uma sensação de exaustão emocional, dessensibilização e baixo sucesso, que é percebida por qualquer pessoa ligada ao trabalho. Portanto, por outras palavras, pode ser entendido como o esgotamento relacionado com o trabalho. Por outro lado, o *engagement* é entendido como um estado positivo de compromisso, de satisfação, dedicação e absorção, e uma relação efetiva do trabalhador com o seu trabalho; significa isto dizer que o trabalhador se encontra envolvido e apaixonado pelo trabalho que realiza.

H1 – Nível de *burnout* nos profissionais de saúde

Investigador: Em relação ao nível de *burnout* nos profissionais de saúde, segundo as pesquisas efetuadas, os autores referem que nos profissionais de saúde estão presentes níveis moderados a altos de *burnout*. Neste estudo concluiu-se que os profissionais da Unidade de Nespereira apresentam baixos níveis de *burnout*. O que é que acha que pode justificar o facto dos colaboradores desta instituição apresentarem baixos níveis de *burnout*?

Rita: Possivelmente é explicado por todo o contexto laboral aqui ser favorável, nomeadamente a relação dos profissionais com os utentes e com as famílias é positiva e isso promove um trabalho mais fluído e positivo.

Investigador: Através da literatura pesquisada, pudemos constatar que a dimensão da exaustão profissional é o indicador que é mais presente nos profissionais dos cuidados de saúde. No que toca ao resultado desta investigação, aquilo que se concluiu foi que nos profissionais de saúde desta instituição, a dimensão mais valorizada vai também ao encontro da literatura, portanto, a exaustão emocional. Isto é, o *burnout* é caracterizado por três dimensões: a exaustão emocional significa que o colaborador tem pouca energia e se sente cansado, portanto apresenta fadiga, temos a despersonalização, que é quando o colaborador trata a pessoa, cuida da pessoa de forma impessoal, distante, com pouca sensibilidade e a baixa realização profissional é quando o trabalhador não se sente realizado com o trabalho que realiza, é sinónimo de pouco sucesso e até

se auto-avalia de forma negativa e não se sente útil com o trabalho que desempenha. Em relação a estas três dimensões, a que foi mais pontuada neste estudo foi a exaustão emocional. Concorde que esta seja a dimensão mais valorizada, ou seja, que a maioria das pessoas aqui não tratem as pessoas de forma impessoal, se sintam realizadas profissionalmente, mas por outro lado apresentem baixa energia e se sintam com fadiga?

Rita: Penso que a exaustão emocional é a mais adequada a este contexto, porque as outras duas não são aqui visíveis, não se constata. No caso da exaustão, considero que ao longo do dia aqui existe um desgaste.

Investigador: Em relação ao item “Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho” este foi o item que, comparativamente a todos os outros itens do construto *burnout*, apresentou um valor acima da média da escala, portanto, foi o item que apresentou um valor médio maior. Sente-se desgastado ou consumido pelo trabalho que realiza no final do dia de trabalho? Tem essa sensação?

Rita: Na maior parte dos dias não, sinto-me mais satisfeita do que desgastada.

H2 – Nível de *engagement* nos profissionais de saúde

Investigador: A literatura revela que, normalmente, os profissionais de saúde evidenciam níveis de *engagement* moderados. Aquilo que se constatou no estudo aqui realizado, foi que os profissionais desta unidade, contrariamente ao referido na literatura, não apresentam níveis moderados, apresentam sim níveis elevados de *engagement*. O que é que pode explicar esta situação? Como justifica?

Rita: Se existe uma boa relação, e que evita a fadiga e o esgotamento, isso também vai proporcionar uma maior satisfação nos profissionais, um maior prazer em trabalhar.

Investigador: “Níveis de *engagement* moderados são imprescindíveis para um adequado desenvolvimento da prática clínica dos profissionais”. O que é que pensa sobre isto? Concorde? Pensa que para um bom desempenho da prática diária dos profissionais de saúde é preciso efetivamente que as pessoas estejam envolvidas com o trabalho que realizam?

Rita: Eu penso que sim, até porque esse bom desempenho vai gerar uma maior satisfação, um maior prazer em trabalhar e vendo resultados positivos é sempre melhor.

BURNOUT

Investigador: No que toca à relação do *burnout* com o grupo etário, aquilo que nos diz a literatura é que, por um lado não existe relação significativa, há outros autores que nos dizem que as pessoas mais jovens têm maiores níveis de *burnout*, há outros estudos que dizem que os níveis de *burnout* são mais elevados em pessoas mais velhas. O que é que pensa sobre isto?

Rita: Acho que essa relação não é evidente aqui na unidade.

Investigador: Em relação à categoria profissional, aquilo que nos dizem os estudos, estudos com médicos e enfermeiros, é que não existem diferenças significativas entre a relação das profissões com o *burnout*. Acha que o nível de esgotamento está relacionado com a profissão que a pessoa tem, portanto que é diferente de categoria para categoria?

Rita: Neste contexto laboral acho que não existe relação.

Investigador: E em relação ao tipo de horário? Aquilo que nos dizem os estudos é que a relação das duas não é conclusiva. Acha que quem estará mais exausto, mais esgotado, será quem tem um horário por turnos ou quem tem um tipo de horário fixo?

Rita: Eu penso que é variável, conforme a organização de vida das pessoas. Mas do meu ponto de vista, se houvesse um horário fixo seria mais favorável, mesmo pelo tempo de repouso e de programar a semana com mais facilidade.

Investigador: Em relação ao tempo de serviço, ao facto das pessoas trabalharem cá há mais ou menos tempo, o que diz a literatura é que, por um lado, os profissionais mais antigos se sentem mais esgotados, e outros autores consideram que os mais antigos se sentem menos esgotados. Neste estudo, concluiu-se que quem cá trabalha há menos tempo apresenta um nível de *burnout* inferior. Concorde com isto?

Rita: Penso que as pessoas formadas há menos tempo vêm com mais motivação, mais energia para o dia de trabalho.

ENGAGEMENT

Investigador: No que toca ao *engagement*, os estudos explanam que os trabalhadores mais velhos apresentam níveis de *engagement* superiores, portanto as pessoas mais velhas encontram-se mais envolvidas no trabalho, comparativamente às mais novas. Acha que quem estará mais envolvido são as pessoas mais jovens ou mais velhas?

Rita: Acho que não existe relação, porque considero que existe uma grande sensibilidade por parte de todos os profissionais da unidade na interação com os utentes. Acho que todos têm uma interação positiva no tratamento com os utentes e havendo essa boa relação, a questão da idade não é relevante.

Investigador: Quanto ao tipo de vínculo, aquilo que nos dizem os estudos é que os colaboradores contratados parecem diferir de outros em termos de otimismo, auto-eficácia, auto-estima, resiliência e um estilo de enfrentamento ativo. Pensa que o tipo de vínculo do trabalhador pode interferir com o seu envolvimento no trabalho? Acha que quem se sente mais envolvido serão os profissionais a prestação de serviços ou os profissionais contratados?

Rita: Eu penso que influencia. Penso que quem está a contrato sente-se mais seguro, com menos preocupações pessoais, mais descansado, está mais motivado, é a casa deles, é o seu trabalho e acho que isso contribui positivamente para o desempenho do profissional. No caso dos

profissionais a prestação de serviços, penso que a satisfação é inferior, porque se gera insegurança.

Investigador: Em relação ao tempo de serviço aquilo que nos diz a literatura é que os enfermeiros menos experientes tendem a apresentar níveis de *engagement* mais elevados, portanto quem trabalha há menos tempo tem um nível de bem-estar superior. Concorda com isto? Será que quem está mais envolvido no trabalho será quem trabalha há mais tempo ou quem trabalha há menos tempo?

Rita: Sim, quem é formado há menos tempo vem com uma paixão mais fresca, mais notória do que quem trabalha há mais tempo; acho que se exprime mais na relação com os utentes.